

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TEREZA KINDRA

**ANÁLISE DAS INDICAÇÕES DE CESÁREAS COM BASE NA CLASSIFICAÇÃO  
DE DEZ GRUPOS DE ROBSON EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE RISCO  
HABITUAL**

CURITIBA  
2017

TEREZA KINDRA

**ANÁLISE DAS INDICAÇÕES DE CESÁREAS COM BASE NA CLASSIFICAÇÃO  
DE DEZ GRUPOS DE ROBSON EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE RISCO  
HABITUAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de Pesquisa: Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lillian Daisy Gonçalves Wolff

CURITIBA  
2017

Kindra, Tereza

Análise das indicações de cesáreas com base na classificação de dez Grupos de Robson em uma maternidade pública de risco habitual de / Tereza Kindra. – Curitiba, 2017. 116 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Lilian Daisy Gonçalves

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografias

1. Saúde materno-infantil. 2. Cesária – Procedimento cirúrgico eletivo. 3. Cesária – Estatísticas e dados. 4. Cesária – Métodos. 5. Serviços de saúde materno-infantil. I. Gonçalves, Lilian Daisy. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 613.28



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **TEREZA KINDRA** intitulada: **ANÁLISE DAS INDICAÇÕES DE CESÁREAS COM BASE NA CLASSIFICAÇÃO DE DEZ GRUPOS DE ROBSON EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE RISCO HABITUAL**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 27 de Setembro de 2017.

  
LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF  
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

  
MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE  
Avaliador Interno (UFPR)

  
CLAUDETE REGGIANI  
Avaliador Externo (UFPR)

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS, pela força e coragem para eu vencer mais este desafio, entre tantos outros enfrentados ao mesmo tempo.

À Universidade Federal do Paraná, pela acolhida e oportunidade para o aprimoramento do conhecimento.

À orientadora Professora Doutora Lillian Daisy Gonçalves Wolff, por acreditar no meu potencial, incentivar-me, orientar-me, ser a "luz" para iluminar este caminho em busca de conhecimento, aprimoramento e contribuição para gestores, gestantes e profissionais da área de saúde.

À banca examinadora, constituída pelas professoras Doutoras Claudete Reggiani, Márcia Helena de Souza Freire, Ivete Palmira Sanson Zagonel e Marilene Loewen Wall, pela disponibilidade e contribuição valiosa como componentes da banca de defesa.

Aos gestores municipais, pela oportunidade que me foi dada para o desempenho das minhas funções profissionais, que permitiu meu desenvolvimento e a possibilidade de auxiliar para a melhoria da saúde da população.

À Comissão Permanente de Acompanhamento da Maternidade, que acreditou na proposta do novo modelo assistencial obstétrico, apoiando, acompanhando e avaliando o trabalho desenvolvido.

Ao Conselho Municipal de Saúde, que fiscaliza os serviços de saúde, participando voluntariamente e ativamente em todo o processo, sempre em busca da melhoria da assistência à saúde da população.

À minha família, pelo incentivo, amor e ajuda diária, que permitiram que eu vencesse todas as etapas deste projeto.

Aos meus amigos, que entenderam minha distância no percurso destes dois anos, nos quais estive bastante ausente, mas que sempre me incentivaram para que eu não desistisse e sim, pudesse contribuir para uma assistência mais qualificada à população.

Ao meu filho, que em todos os momentos entendeu minhas dificuldades e me incentivou, pois acreditou na minha capacidade intelectual.

E, meu agradecimento muito especial, às mulheres assistidas nesta maternidade, pois é com o olhar nesta população específica que busquei a minha motivação para o desenvolvimento desta pesquisa, por acreditar que posso contribuir para uma assistência obstétrica segura e de qualidade.

*O mundo está nas mãos daqueles que têm a  
coragem de sonhar e correr o risco de viver  
seus sonhos.*

(Paulo Coelho)



## RESUMO

KINDRA, Tereza. **Análise das indicações de cesáreas com base na classificação de dez grupos de Robson em uma maternidade pública de risco habitual**. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Linha de Pesquisa: Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem

A taxa de cesáreas no Brasil é uma das mais altas no mundo e tem sido discutida com vistas à redução de complicações decorrentes deste procedimento, e de mortes maternas, fetais e infantis evitáveis. Porém, quando bem indicadas, contribuem para a saúde das mães e bebês. Realizou-se pesquisa documental retrospectiva, de abordagem quantitativa, utilizando-se como fonte de dados prontuários e registros gerenciais da assistência obstétrica referente ao período de 1.º de junho de 2015 a 31 de maio de 2016. O objetivo foi analisar as indicações de cesáreas com base no Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson, considerando antecedentes obstétricos e condições clínicas das mulheres e recém-nascidos em uma maternidade pública, de risco habitual, Curitiba-PR. A amostra foi de 2.575 participantes. Foram analisados dados gerais das mulheres e recém-nascidos, relativos a 2.052 nascimentos, independentemente do tipo de via de parto, por meio de registros gerenciais da assistência e, deste total, 524 prontuários referentes às mulheres submetidas à cesáreas e 523 recém-nascidos. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e submetidos à análise descritiva univariada e de frequência absoluta e relativa. Os dados sobre as condições clínicas e antecedentes obstétricos das mulheres submetidas à cesárea na maternidade foram distribuídos de acordo com o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson. No período da pesquisa, a média mensal de nascimentos foi de  $171 \pm 19,6$ . Destes, 1.524 (74,5%) ocorreram mediante partos normais, e 528 (25,5%) deles por meio de cesáreas, correspondendo a uma média mensal de  $44 \pm 10,7$  cesáreas. A análise da contribuição de cada grupo da Classificação de Robson à taxa de cesárea evidenciou predominância dos grupos 5 (30%), seguido do Grupo 2 (25,7%) e do Grupo 1 (14,5%). Durante a pesquisa foi encontrado um restrito referencial teórico, principalmente no nível nacional, com pouca utilização do sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson. A sua aplicação contínua e sistemática possibilita à gestão a análise das taxas de cesáreas relativas e a prevalência entre os grupos de mulheres assistidas pela maternidade, e a comparação interna e externa dos resultados. E ainda, fornece subsídios para o estabelecimento de protocolos apropriados à adequada indicação do tipo de parto e, conseqüentemente, contribui para a redução da taxa de cesárea.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil. Taxas de cesárea. Indicação de cesárea. Sistema de classificação. Serviços de saúde materno-infantil.



## ABSTRACT

KINDRA, Tereza. **Análise das indicações de cesáreas com base na classificação de dez grupos de Robson em uma maternidade pública de risco habitual.** 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Linha de Pesquisa: Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem

The rate of caesarean section in Brazil is one of the highest in the world and has been discussed with a view to reducing complications from this procedure as well as preventable maternal, fetal and infant deaths. However, when well indicated, they contribute to the health of mothers and babies. Using a quantitative approach, a retrospective documentary research was carried out. This research utilized data from medical records and management records of obstetric care for the period of June 1st, 2015 to May 31st, 2016. The objective was to analyze the indications of cesarean sections based on the Robson Ten Group Classification System, considering obstetric antecedents and clinical conditions of women and newborns in a public maternity, of habitual risk, located in Curitiba-PR. The sample consisted of 2,575 participants. General data on women and newborns were analyzed for a total of 2,052 births, regardless of the type of delivery route, through use of management records of care. Of this total, 524 records referred to women who underwent cesarean sections and 523 newborns. The data were organized in electronic spreadsheets and submitted to univariate descriptive analysis as well as absolute and relative frequency. Data on the clinical conditions and obstetric history of women submitted to cesarean section at maternity were distributed according to the Robson Ten Group Classification System. In the period of the survey, the monthly birth average was of  $171 \pm 19.6$ . Of the total births, 1,524 (74.5%) occurred by normal deliveries, and 528 (25.5%) of them by cesarean section, which corresponded to a monthly average of  $44 \pm 10.7$  cesareans. The analysis of the contribution of each Robson Classification group to the cesarean section showed a predominance of Group 5 (30%), followed by Group 2 (25.7%) and finally Group 1 (14.5%). During the research, at the national level, limited theoretical reference was found regarding the use of the Robson Ten Group Classification System. Its continuous and systematic application enables management to analyze the relative cesarean rates and the prevalence among the groups of women assisted by maternity, as well as the internal and external comparison of results. It also provides subsidies for the establishment of appropriate protocols to the suitable indication of the type of delivery and, consequently, it contributes to the reduction of the cesarean rate.

Keywords: Maternal and child health. Rates of cesarean section. Indication of cesarean section. Classification system. Maternal and child health services.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DEZ GRUPOS DE ROBSON ....	51
FIGURA 2 - REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS DO APGAR NO 1.º E 5.º MINUTOS DE VIDA DOS RECÉM-NASCIDOS DE MULHERES SUBMETIDAS À CESÁREA, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, MAIO/2015 A JUN/2016 (n=523).....	80
FIGURA 3 - REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS DOS CUIDADOS AOS RECÉM- NASCIDOS DAS MULHERES SUBMETIDAS A CESÁREA, USO DE OXIGÊNIO, ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS, CONTATO PELE A PELE E CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, MAIO/2015 A JUN/2016 (n=523) .....	82

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS E TAXA DE MORTALIDADE MATERNA POR 100.000 NV, DE MULHERES RESIDENTES EM CURITIBA-PR, 2007-2016 .....	44
GRÁFICO 2 - COMPONENTES DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, PERÍODO DE 1998-2016 CURITIBA-PR .....	47

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - OBJETIVOS DA PESQUISA E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE COLETA, FONTE DE DADOS, TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	58
QUADRO 2 - SITUAÇÕES EM QUE A GESTANTE DEVE SER ENCAMINHADA AO SERVIÇO OBSTÉTRICO DE ALTO RISCO .....	63
QUADRO 3 - CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DE MULHERES SUBMETIDAS A CESÁREAS, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, JUN/2015 A MAIO/2016, CURITIBA-PR (n=526) .....	64
QUADRO 4 - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DAS MULHERES SUBMETIDAS À CESÁREA, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, JUN/2015 A MAIO/2016, CURITIBA-PR (n= 526) .....	70
QUADRO 5 - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS DEZ GRUPOS DE ROBSON – ESTUDOS REALIZADOS NO BRASIL .....	72
QUADRO 6 - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS DEZ GRUPOS DE ROBSON – ESTUDOS INTERNACIONAIS .....	73
QUADRO 7 - DISTRIBUIÇÃO DO SEXO E PESO ENTRE OS RECÉM- NASCIDOS DAS MULHERES SUBMETIDAS A CESÁREA, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, MAIO/2015 A JUN/2016 (n=523).....	79

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PROCESSO DE DECISÃO PELO TIPO DE PARTO NOS SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO POR PRIMÍPARAS E MULTÍPARAS, BRASIL, 2014 .....	39
TABELA 2 - TAXAS DE CESÁREAS SEGUNDO REGIÃO DO BRASIL, 2010-2013.....	39
TABELA 3 - TAXA DE MORTALIDADE MATERNA (TMM) POR 100.000 NASCIDOS VIVOS (NV), PARANÁ E BRASIL NO PERÍODO 2000-2010.....	42
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTA E RELATIVA DE MORTES MATERNAS NO PARANÁ, CONFORME RISCO GESTACIONAL, PARANÁ, 2005-2007 e 2008-2010.....	45
TABELA 5 - COMPONENTES DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000 NV, PARANÁ E BRASIL, 2001-2011 .....	46
TABELA 6 - INDICADORES DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL DE CURITIBA/PR, 2014/2015 .....	53
TABELA 7 - INDICADORES ASSISTENCIAIS DA UNIDADE OBSTÉTRICA DA MATERIDADE DE RISCO HABITUAL - JUN/2015 À MAIO/2016.....	62
TABELA 8 - CLASSIFICAÇÃO DE MULHERES SUBMETIDAS A CESÁREA PELO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DEZ GRUPOS DE ROBSON, EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, JUN/2015 A MAIO/2016 (n=524) .....	75

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
ADAPTE	- Adaptação das Diretrizes Clínicas
AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CMCBN	- Centro Médico Comunitário Bairro Novo
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CRM	- Conselho Regional de Medicina
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
FEAES	- Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba
FEBRASGO	- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GPPGPS	- Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
HC	- Hospital de Clínicas
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
HIZA	- Hospital do Idoso Zilda Arns
IAHC	- Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	- Ministério da Saúde
NV	- Nascido Vivo
NOAS	- Norma Operacional de Assistência à Saúde
ODM	- Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	- Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PR	- Paraná
PSF	- Programa de Estratégia da Família
PHPN	- Programa de Humanização do Parto e Nascimento
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RC	- Rede Cegonha
RN	- Recém-nascido



SMS	- Secretaria Municipal da Saúde
SINASC	- Sistema Nacional dos Nascidos Vivos
SUS	- Sistema Único de Saúde
TGCS	- 10 <i>Group Classification System</i>
TMM	- Taxa de Mortalidade Materna
TMI	- Taxa de Mortalidade Infantil
TP	- Trabalho de Parto
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	16
1.1	MOTIVAÇÃO DA PESQUISADORA AO TEMA	17
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	19
1.3	OBJETIVOS	20
1.3.1	Objetivo geral	20
1.3.2	Objetivos específicos	20
1.4	JUSTIFICATIVA	20
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	22
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	22
2.2	MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA	29
2.3	ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL	33
2.3.1	Cesárea	36
2.4	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO RELATIVO À SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER E À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO	41
2.4.1	Mortalidade materna	41
2.4.2	Mortalidade infantil	45
2.5	SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DEZ GRUPOS DE ROBSON	48
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b>	52
3.1	LOCAL DA PESQUISA	52
3.2	TIPO DE PESQUISA	54
3.3	AMOSTRA	55
3.4	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	56
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	56
3.6	TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	57
3.6.1	Dados gerais referentes às mulheres e seus recém-nascidos	57
3.6.2	A aplicação do Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson	57
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	59
4.1	INDICADORES DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DA MATERNIDADE	59
4.2	CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES CLÍNICAS E ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DAS MULHERES SUBMETIDAS À CESÁREA	64
4.3	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	68

4.4	CLASSIFICAÇÃO DAS CESÁREAS PELO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DEZ GRUPOS DE ROBSON .....	70
4.5	CONDIÇÕES AO NASCER E PRIMEIROS CUIDADOS AOS RECÉM-NASCIDOS POR MEIO DE CESÁREAS.....	79
4.5.1	Condições ao nascer .....	79
4.5.2	Primeiros cuidados aos recém-nascidos .....	81
5	<b>CONCLUSÃO</b> .....	83
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	88
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	90
	<b>APÊNDICES</b> .....	102
	<b>ANEXOS</b> .....	111

## 1 INTRODUÇÃO

*Acima de tudo o direito da mulher deve ser respeitado, permitindo-lhe a escolha pelo parto, normal ou cesárea, quando indicados com segurança.*

No Brasil tem sido muito discutida e pesquisada a temática da saúde materna e infantil, visando sobretudo à redução da mortalidade materna, infantil e fetal evitáveis, uma vez que esta é, historicamente, uma questão política e social no contexto da saúde. (BRASIL, 2004).

Em estudo realizado no Brasil, Leal e Gama (2014) apontam que há um vazio assistencial em determinadas regiões, que faz com que as mulheres se desloquem para hospitais distantes, situação que expõe um percentual das mulheres e recém-nascidos a riscos desnecessários e que poderiam ser evitados.

O índice de cesáreas no Brasil é elevado, em 2013 representando uma taxa de 56,7%, e na região sul no mesmo ano chegando a 62,7% (BRASIL, 2014b, p.34), o que remete à reflexão sobre as razões deste percentual ainda que políticas públicas foram instituídas para minimizar este quadro.

E, para que a mulher escolha pela cesárea, há necessidade de que este procedimento esteja apoiado em adequado diagnóstico médico, e que a sua indicação preserve a sua vida, do recém-nascido ou de ambos. (SABATINO, 2014).

Entretanto, muitos profissionais defendem a utilização das intervenções, como sendo a solução para a redução da mortalidade materna e infantil. Porém, as evidências científicas demonstram que as intervenções, quando não indicadas ou inadequadamente conduzidas, contribuem para o aumento das taxas de infecção, sem auxiliar na redução da mortalidade. (PATAH; MALIK, 2011).

Nesta perspectiva a Organização Mundial da Saúde (2015) concluiu, fundamentada em pesquisas desenvolvidas, que a cesárea é necessária para salvar vidas de mães e bebês quando bem indicada.

Apesar de as políticas públicas brasileiras estimularem o parto normal, tem sido questionado o número elevado de cesáreas que acontecem em todo o país, havendo maior predominância no setor privado, em que esta intervenção é viabilizada para cerca de 80% dos nascimentos. (PATAH; MALIK, 2011).

O Ministério da Saúde avaliou que até 2011 a assistência à gestante no Sistema Único de Saúde (SUS) estava fragmentada, as mulheres enfrentavam

dificuldades no acesso aos serviços de saúde para a realização do pré-natal, bem como, as práticas de parto e nascimento apresentavam-se inadequadas e sem evidências científicas. Ademais, havia dificuldade de vinculação das gestantes às maternidades, ocorriam abortos sem segurança, grande número de gestações indesejadas e elevadas taxas de cesáreas. (BRASIL, 2011a).

Diante deste contexto, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2011 o Programa Rede Cegonha. Este novo modelo assistencial no Sistema Único de Saúde propõe assegurar atenção humanizada e de qualidade que garanta: o acesso e o acolhimento à mulher; o direito ao planejamento reprodutivo, ao puerpério, ao parto e nascimento seguros; a redução da cesárea, sendo esta intervenção adequadamente indicada pelo médico quando a mulher e/ou o recém-nascido estão em risco de vida. Além disso, propõe ações que viabilizem o crescimento e o desenvolvimento saudáveis das crianças. (BRASIL, 2011a).

Reconhece-se que a morbimortalidade materna e a perinatal estão associadas ao elevado número de cesáreas. (BRASIL, 2001b).

Ademais, recomenda-se que a escolha pela cesárea deve ser discutida com a mulher, a qual necessita receber informações baseadas em evidências científicas sobre os riscos e benefícios da cesárea à mãe e ao concepto. Sua indicação deve ser precisa, de modo que os benefícios ao binômio mãe-filho sejam maiores do que as consequências do procedimento cirúrgico e anestésico. (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

## 1.1 MOTIVAÇÃO DA PESQUISADORA AO TEMA

Ingressei no programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional, após 26 anos de atividade como enfermeira. Neste período, atuei na assistência nos primeiros seis anos, nos anos seguintes, como gestora de serviços de saúde no SUS, em Curitiba-PR, desde a atenção primária à terciária.

O primeiro desafio na gestão foi em unidade 24 Horas, como supervisora de turno, posteriormente na atenção primária como coordenadora geral e na sequência na coordenação geral de unidade 24 horas. Após, por quatro anos atuei como diretora Administrativa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), com a proposta de auxiliar na implantação do modelo de Unidades Funcionais. Com esta experiência, ao retornar para a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS),

assumi o desafio de coordenar todo o processo de implantação do Hospital do Idoso Zilda Arns (HIZA), assumindo a Direção Geral na sua abertura. Acumulativamente, participei da implantação da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), atuando como diretora geral no primeiro ano de sua existência.

Neste período, enquanto se buscava recursos financeiros para a execução do projeto do Hospital do Idoso, assumi a Supervisão do Distrito Sanitário Santa Felicidade pelo período aproximado de dois anos, que era constituído por cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cinco Unidades Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), além do serviço epidemiológico e sanitário local.

Em 2013, quando a Fundação assumiu o gerenciamento da maternidade assumi a Direção Geral desta unidade, com o desafio de trabalhar num modelo assistencial baseado em evidências científicas, atendendo à diretriz da Rede Cegonha, e adequá-la às Boas Práticas do Parto e Nascimento, conforme recomenda a Organização Mundial da saúde e a Rede Cegonha.

Vale ressaltar que nos três anos de gestão na maternidade com a mudança de modelo, conquistamos em 2015, o 1.º lugar do Prêmio Maria Antonieta Rubio Tyrrel, no IX Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal e III Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal com o trabalho intitulado, "A Gestão do Cuidado na Perspectiva do Enfermeiro Obstetra", que foi um motivador para a equipe na continuidade do cuidado na atenção à mulher e ao recém-nascido (RN).

A partir de 2016, deixo a direção da maternidade, e assumo com dedicação exclusiva o cargo de Diretora de Atenção à Saúde (FEAES). Fiquei com a responsabilidade de coordenar a assistência das unidades gerenciadas pela (FEAES), com processos sempre voltados à segurança e qualidade do paciente. Nesta trajetória foi possível inovar as práticas do cuidado e atender as necessidades do usuário de forma humanizada e com respeito aos seus direitos.

Para atuar como gestora e poder intervir na assistência à saúde com eficiência e eficácia, foi necessário obter conhecimento teórico na área administrativa e assistencial. Assim, na perspectiva de me qualificar para o exercício dos cargos gerenciais que assumi ao longo de minha atuação profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) Curitiba, cursei especializações em Gestão de Serviços de Saúde; Gerontologia numa perspectiva bio-psico-social; Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS; Gestão Hospitalar; e Estratégia de Saúde da Família.



Na continuidade de minha trajetória de educação permanente, ingressei no mestrado profissional em Enfermagem da UFPR motivada por desenvolver estudos com contribuição prática ao aprimoramento da assistência obstétrica no contexto do SUS.

E, em 2017 assumi a Supervisão do Distrito Sanitário Matriz que inclui, entre outros serviços que o compõe, a Unidade de Saúde Mãe Curitibana, referência local, nacional e internacional na assistência materno infantil.

Assim, motivada pela atuação profissional, dediquei-me ao estudo sob o tema indicação de cesáreas, dada a sua relevância epidemiológica e social.

## 1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Com o aprimoramento crescente das políticas públicas voltadas à saúde da mulher no nível nacional, tem-se evidenciado o reconhecimento dos direitos das mulheres. (LEAL et al., 2014). Destacam-se os direitos da mulher a uma assistência obstétrica segura de qualidade e ao seu protagonismo no parto, tomando decisões junto com os profissionais que as atendem.

Na maternidade de risco habitual em que fui Diretora Executiva durante três anos, a preocupação sempre foi como prepará-la para a prestação de uma assistência humanizada, centrada na mulher, com práticas baseadas em evidência e com respeito à dignidade e aos direitos reprodutivos da mulher e da família, a anticoncepção segura, a sobrevivência do recém-nascido, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, previstos pelo Sistema Único de Saúde.

A missão desta instituição aponta para o estímulo ao parto normal e as taxas de cesáreas reduziram consideravelmente ao longo do período de 2013 a 2016. E apesar da taxa média de cesárea ter sido de 25,5% entre junho de 2015 e maio de 2016 (Relatórios internos CMCBN, 2015 e 2016), ainda se apresentou neste período mais elevada que a recomendada pela OMS, que é de até 15% dos nascimentos.

Embora a maternidade apresentasse taxas reduzidas de cesáreas, em comparação com o estado do Paraná (60,6% - 2011) e com o Brasil (56,7% - 2013) (PARANÁ, 2012; BRASIL, 2014c), manifestava-me a inquietação quanto a ser possível diminuir ainda mais as taxas de cesáreas mensais, bem como se as indicações de cesáreas seriam adequadas, considerando o perfil das mulheres internadas em uma maternidade de risco habitual.

Percebia também a necessidade de registros padronizados para a indispensável sistematização na coleta de dados sobre a mulher, o feto e antecedentes obstétricos, a fim de subsidiar a indicação apropriada de cesáreas, o monitoramento das taxas e análise dos motivos das indicações. E, ainda constatei ser necessária uma única ferramenta que contribuisse para a coleta de dados e para análises comparativas com as taxas e indicações de cesáreas com outras maternidades do mesmo perfil. Consequentemente, idealizei esta pesquisa, a partir da seguinte hipótese:

- **O uso do Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson (TGCS) auxilia no monitoramento e avaliação da indicação de cesáreas na maternidade de risco habitual.**

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo geral

Analisar as indicações de cesáreas considerando antecedentes obstétricos e condições clínicas das mulheres e recém-nascidos em maternidade de risco habitual.

#### 1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar os indicadores da assistência obstétrica relativos aos partos normais e cesáreas ocorridos na maternidade.
- Realizar levantamento das condições sociodemográficas, clínicas e antecedentes obstétricos de mulheres submetidas à cesárea.
- Classificar as indicações de cesáreas com base no Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson.
- Levantar as condições de nascimento e cuidados das crianças nascidas mediante cesárea.

### 1.4 JUSTIFICATIVA

O gestor necessita conhecer o desempenho dos processos assistenciais e resultados, por meio da análise, monitoramento e avaliação de indicadores, de modo

a planejar ações para o seu aprimoramento, com vistas ao alcance da eficiência, eficácia e qualidade processuais.

No caso da assistência obstétrica em uma maternidade do sistema público de saúde, é imprescindível que esta se oriente por um modelo assistencial em consonância com as Diretrizes do Ministério da Saúde, o Plano Municipal de Saúde e o Contrato de Gestão. Consequentemente, a partir da análise dos processos assistenciais, o monitoramento e avaliação, o gestor de uma maternidade pode implementar planos de ação de modo a viabilizar as correções de não conformidades. Assim, a justificativa para o desenvolvimento desta pesquisa embasou-se pelo seu caráter de ineditismo e relevância, tendo como objetivo analisar as indicações de cesáreas considerando antecedentes obstétricos e condições clínicas das mulheres e recém-nascidos em maternidade de risco habitual.

Implica conhecer os resultados da assistência obstétrica relacionada a cesáreas na maternidade, o perfil das mulheres submetidas a este procedimento, analisar a sua indicação com base em uma ferramenta única para classificar cesáreas, e avaliar as condições de nascimento e o cuidado aos recém-nascidos, tendo por base as boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Os benefícios para gestores de maternidades, decorrentes dos resultados desta pesquisa, são evidentes à medida que fornecem um diagnóstico abrangente da assistência obstétrica ofertada, do perfil das mulheres assistidas e das necessidades da sua clientela. (ROBSON; HARTIGAN; MURPHY, 2013).

Portanto, a análise das indicações de cesáreas desenvolvida no estudo pode oferecer subsídios à gestão da maternidade para os planejamentos estratégico e operativo, com vistas à melhoria da qualidade e da segurança do cuidado, com atendimento centrado nas necessidades da população feminina.

A pesquisa responde à necessidade de indicação adequada da cesárea, preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por entidades profissionais a assistência obstétrica.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, apresenta-se a revisão de literatura da pesquisa. São abordados: políticas públicas de atenção ao parto e ao nascimento; modelo de atenção obstétrica; atenção ao parto e nascimento no Brasil; cesárea; perfil epidemiológico da saúde reprodutiva da mulher e saúde do recém-nascido; mortalidade materna; mortalidade infantil e Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson.

### 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

A Constituição Federal (1998), no capítulo VII, art. 226, § 7.º coloca que:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Nas primeiras décadas do século XX, o Brasil incorporou a saúde da mulher nas políticas públicas, apresentando alguns limites em relação à gravidez e ao parto. Esta limitação se explica tendo em vista que nas décadas de 30, 50 e 70 os programas de assistência materno-infantil apresentavam uma visão restrita da mulher, focada na dimensão biológica e no papel social de mãe e doméstica, e responsável pela educação, saúde e criação dos seus filhos. (BRASIL, 2004).

Em 1962, no Brasil houve o início da comercialização da pílula anticoncepcional e, a partir de 1966 as revistas médicas brasileiras começaram a difundir as pesquisas sobre o tema. Houve muitos impedimentos para o uso da pílula, como as sanções jurídicas e culturais, especialmente de cunho religioso. (PEDRO, 2003).

Anteriormente, a partir da revolução industrial, além das atividades domésticas e da educação dos filhos as mulheres assumiram papel de operária nas fábricas e indústrias. Posteriormente, entre o século XIX e XX, surgiu o movimento feminista, e as mulheres ganharam voz e representatividade na política, bem como inserção nas diferentes funções no mercado de trabalho. E, no século XXI, ganharam maior autonomia, liberdade de expressão e novas responsabilidades. (RIBEIRO, 2013).

E assim, no decorrer dos anos as mulheres conquistaram uma série de benefícios, como: licença maternidade, que tem como objetivo proteger a saúde da

mulher e da criança durante o período perinatal; garantia de não perder o emprego devido a gravidez e a manutenção deste após o seu retorno; direito de receber uma remuneração financeira durante o período da licença gestação; adaptação das condições de trabalho durante a gravidez e no seu retorno ao mesmo, com objetivo de reduzir os riscos específicos que o local de trabalho pode apresentar; direito no seu retorno ao posto de trabalho ou equivalente a este, sem perda da remuneração salarial e o direito à amamentação por seis meses de idade da criança. (OIT, 2008).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Assistência à saúde da Mulher (PAISM), com vistas à promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres; contribuição na redução da morbimortalidade; ampliação da assistência com humanização e qualidade, e que rompe conceitos quanto as prioridades na assistência, incorporando diretrizes de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, com olhar na integralidade e equidade, com inclusão de ações educativas, preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação, envolvendo desde a assistência ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério e planejamento familiar, além de outras ações conforme as necessidades identificadas. (BRASIL, 2004).

Ainda, para garantir uma assistência humanizada e com qualidade, o PAISM considera alguns elementos essenciais para atenção à saúde das mulheres como: acesso, acolhimento, estrutura, organização da assistência, captação precoce das mulheres conforme as demandas, recursos tecnológicos, capacitações às equipes, disponibilidade de insumos e medicamentos, materiais educacionais, informação adequada, mecanismos de avaliação, controle e análise dos indicadores com estratégias de ações redirecionadas para a melhoria do cuidado com efetividade e resolutividade. (BRASIL, 2004).

Em 1994, o Brasil instituiu a política para reorganizar o serviço da Atenção Básica, o Programa de Saúde da Família (PSF), deixando o modelo tradicional centrado no médico especialista, para implantar as equipes multiprofissionais nas unidades básicas, com área geográfica delimitada e com atuação nas ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação, reabilitação e redução de danos daquela comunidade, que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos condicionantes de saúde da coletividade. (BRASIL, 1994).

Já em 2001, o Ministério da Saúde (MS) editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), ampliando as responsabilidades dos municípios na atenção básica, fortalecendo a gestão do SUS e atualizando os critérios de habilitação.

E em 2003, a área técnica identifica as necessidades a serem melhor trabalhadas e articula ações na atenção as mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, garantindo a assistência a todas as classes conforme as necessidades apresentadas. (BRASIL, 2004).

Com a consolidação do PSF, o governo federal emite a Portaria n.º 648 de 28 de março de 2006, que estabelece este programa como estratégia prioritária do Ministério da Saúde na organização da atenção primária, reafirmando os princípios básicos do SUS. (BRASIL, 2006). Em 2011, a Portaria n.º 2.488 revoga a Portaria n.º 648/2006, estabelece a revisão das diretrizes e aprova a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). (BRASIL, 2011c).

O PSF vem auxiliar no manejo das necessidades de saúde do indivíduo e/ou coletividade, observando os critérios de risco e vulnerabilidade, tornando-se a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), respeitando as condições socioculturais e com visão na atenção integral do usuário. (MENDES, 2011). A partir de 2002, com a instituição da Portaria n.º 569 de 1.º de junho, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi instituído no âmbito do SUS, com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, organizando os processos na atenção à mulher e ao recém-nascido. O PHPN contempla três componentes, a saber: incentivo à assistência pré-natal; organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal e nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Como princípios e diretrizes traz o direito ao acesso com assistência digna, segura e de qualidade desde o atendimento no pré-natal, durante o parto e o puerpério, vinculação à maternidade onde será assistida e com assistência segura ao neonato, ações estas que vêm contribuir na redução da mortalidade materno infantil. (BRASIL, 2002).

A condição primária para o acompanhamento do parto e nascimento é uma assistência obstétrica segura e com qualidade, com equipes que acolham com dignidade a mulher, família e recém-nascido, que sejam adotadas as boas práticas no parto e nascimento, evitando-se procedimentos intervencionistas desnecessários, já recomendados em 1996 pela OMS. Na assistência, cabe atender a gestante com um número mínimo de consultas durante o período gestacional, exames laboratoriais, teste do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), vacinação, ações educativas,



informações adequadas quanto a seus direitos e inseguranças durante o período de gestação, parto e puerpério e classificação de risco gestacional. (BRASIL, 2002).

Além disso, pelo Sistema Único de Saúde, toda gestante tem o direito à vinculação a uma maternidade, onde receberá assistência em caso de apresentar alguma intercorrência durante o pré-natal, bem como a garantia da realização do parto e puerpério imediato na maternidade onde está vinculada. (BRASIL, 2007a).

E, a Classificação do risco gestacional permite que as intervenções médicas sejam aplicadas de forma correta, preservando a segurança do binômio. (MALHEIROS et al., 2012).

E por meio da Portaria n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010, o Ministério da Saúde, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2010a). A RAS possibilita organizar a assistência, articular as relações da população segundo os riscos apresentados, intervenções sanitárias, consoante à situação demográfica e epidemiológica e aos determinantes sociais, conforme apresentação na temporalidade e sociedade da época. (MENDES, 2011).

A Rede de Atenção à Saúde teve sua origem no Reino Unido na década de 1920, fortemente vinculada à área hospitalar, e possibilitou a constituição de vínculos entre equipes e a gestão. Já no Brasil, data do final da década de 90 (MENDES, 2011), e tem como elementos constitutivos a população sob aspecto sanitário e econômico, sendo a população cadastrada e vinculada a uma unidade básica de saúde, com habilidade em estabelecer as necessidades de saúde desta população. O segundo é a estrutura operacional que é constituída pelos "nós" da rede e compõe-se de cinco componentes: centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção secundário e terciário; os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e de governança. E o terceiro elemento são os modelos de atenção à saúde que organizam o funcionamento das RAS, contemplando a atenção aos eventos agudos e de atenção às condições crônicas. (BRASIL, 2015a).

Para operacionalizar a APS e ser considerada de qualidade são necessários sete atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação que são considerados essenciais e focalização na família, orientação comunitária e competência cultural que são atributos derivados. (BRASIL, 2015a).

Com a reorganização do SUS há um avanço no desenvolvimento de programas, entre eles na atenção à mulher, e os estados e municípios voltam o trabalho para

uma assistência adequada e organizada, com resultados significativos na redução da mortalidade materna e infantil. E, nesta lógica, foi criada a Rede de Cuidado da Saúde da Mulher. No Paraná e Curitiba foram criados o Programa Mãe Paranaense (2012) e o Programa Mãe Curitibana (1999).

O município de Curitiba, pioneiramente inovou a forma do cuidado às mulheres, com a instituição do Programa Mãe Curitibana, que serviu de modelo a outros estados e municípios, sendo premiado pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) como uma experiência bem-sucedida e sustentada da RAS-SUS. (MENDES, 2011). Programa instituído pela Resolução 002/99 de 08/03/1999 da SMS-Curitiba, vem para ordenar o fluxo do cuidado com referência e contra referência, incluindo todas as etapas desde o pré-natal, o parto até a assistência ao recém-nascido, puerpério e planejamento familiar e identifica os casos de risco e auxilia na assistência a possíveis complicações durante a gravidez e no parto. (CURITIBA, 2012).

Em Minas Gerais, desde 2003, a redução da mortalidade materno-infantil vem sendo incentivada com o Programa Viva Vida, que iniciou com uma meta de 25% na redução da mortalidade entre 2003 a 2006, e a redução da taxa da morte materna em 15%. Para isso, o governo investiu em infraestrutura, qualificação das pessoas, dos processos, na melhoria da qualidade da informação, e na mobilização social. Já em 2011, lança o Programa Mães de Minas com ações voltadas à proteção e cuidado às gestantes e crianças com atenção integral. (MOREIRA et al., 2012).

Em 2011, considerando o déficit de determinados profissionais em algumas regiões brasileiras e a falta de acesso das mulheres ao pré-natal e ao parto assistido, o Ministério da Saúde institui um modelo inovador da atenção à mulher e à criança, que envolve a equipe e rompe o modelo tecnocrático, por meio da Portaria n.º 1.459 de 24 de junho de 2011, que instituiu o Programa Rede Cegonha (RC) no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2011a). A RC constitui-se de uma rede de cuidados e atenção humanizada que promove o atendimento seguro no pré-natal, parto e nascimento e puerpério, e o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança.

É uma estratégia que vem organizar a atenção à saúde materno-infantil no país com sua implantação gradativa em todo o território nacional, respeitando o critério epidemiológico, a taxa de mortalidade infantil, a taxa de mortalidade materna e a densidade populacional. Como princípios, tem a realização dos direitos humanos, o respeito à diversidade étnica, racial e cultural, a equidade; o enfoque de gênero, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e a participação social. E ainda, princípios

como respeito, proteção e realização dos direitos humanos na implementação deste novo modelo de atenção ao parto e nascimento, com garantia de Boas Práticas, e incentivo ao parto normal. (BRASIL, 2011a).

No Paraná, considerando as elevadas taxas de cesáreas no estado, foi instituído em 2012 o Programa Mãe Paranaense, para organizar a atenção à mulher e às crianças, envolver desde a captação precoce da gestante, pré-natal, exames, estratificação de risco, atendimento em ambulatório especializado, e garantir o parto com vinculação ao hospital, conforme necessidade de cada gestante, sendo a atenção primária a ordenadora do cuidado. (PARANÁ, 2012).

Em Curitiba, para reforçar as boas práticas do parto e nascimento e reduzir a Violência Obstétrica, foi promulgada a Lei Municipal n.º 14.598 de 16/01/2015, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, tendo como prioridade a proteção contra a violência obstétrica no município. (CURITIBA, 2015).

O Ministério da Saúde promoveu ampla discussão em 2015 por um grupo técnico, formado por especialistas, representantes da sociedade civil brasileira e consultores. Foram discutidas 72 questões sobre cesárea para nortear e elaborar a Diretriz de Atenção à Gestante: operação cesariana – Relatório de Recomendação. Com uso da metodologia da adaptação de diretrizes clínicas (ADAPTE), foram selecionadas duas diretrizes para o processo, sendo adaptadas à realidade brasileira, a saber: *Caesarean Section*, elaborado pelo *The Nacional Institute for Health and Care Excellence/United Kingdom Departamento of Health*, atualizado em 2013; e o Guia de Assistência ao parto para mulheres com cesáreas prévias, do Colégio Francês de Ginecologistas e Obstetras (2013). (BRASIL, 2016d).

As recomendações para o direcionamento da conduta foram para os seguintes tópicos: oferta de informações, consentimento informado, apresentação pélvica, gestação múltipla, nascimento pré-termo, fetos pequenos para a idade gestacional, placenta prévia, placenta baixa e acretismo placentário, preditores da progressão do trabalho de parto, HIV, Hepatites B e Hepatite C, herpes simples, obesidade, cesárea a pedido, profilaxia de infecção relacionada à cesárea, cesárea prévia e cuidado do recém-nascido. (BRASIL, 2016d).

Em 2016, o Ministério da Saúde lançou o protocolo Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, com o objetivo de promover a mudança na prática clínica, uniformizar e padronizar o cuidado no parto normal; reduzir as condutas injustificadas

no processo do nascimento; diminuir as intervenções sem justificativa; melhorar as informações às mulheres para a tomada de decisão quanto à forma do nascimento, e trabalhar com práticas baseadas em evidências. (BRASIL, 2016c).

Já na Diretriz de Atenção à Gestante: operação cesariana, o protocolo coloca que toda gestante precisa receber informações sobre os benefícios e riscos de uma cesárea, com dados da literatura, sendo apresentados para que a mulher possa tomar a decisão embasada em informações e evidências científicas, respeitando a sua autonomia e as características culturais. (BRASIL, 2016d).

Assim, em consonância com as diretrizes da RC e demais instrumentos das políticas públicas voltadas à saúde da mulher e da criança, os conselhos regulamentaram as práticas relativas às competências das categorias profissionais que representam.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro obstetra e a obstetriz na assistência à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido. Consequentemente, que acompanhem a evolução e o trabalho de parto, que executem o parto sem distócia, e emitam nestes casos laudos de autorização de internação hospitalar (AIH). Ainda, diante da identificação das distócias obstétricas, compete ao enfermeiro obstetra e à obstetriz tomarem as providências necessárias Paraná, até a chegada do médico. Devem intervir de acordo com sua capacitação técnico-científica, realizando os procedimentos que entenderem imprescindíveis, de modo a garantir a segurança da mãe e do recém-nascido, a exemplo da realização de episiotomia e episiorrafia e a aplicação de anestesia local, quando necessários. (COFEN, 2016).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução n.º 2.144 de 2016, que define critérios para a realização da cesárea a pedido da paciente e que nas situações de risco habitual somente poderá ser realizado o procedimento a partir da 39.<sup>a</sup> semana de gestação. O Conselho entende que é ético o médico atender a vontade da mulher de realizar cesárea, desde que garanta a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio.

O CFM recomenda que para a cesárea eletiva é necessário que seja esclarecido à mulher e à família os seus benefícios e riscos a fim de que compreendam as implicações e a decisão. Também refere que se faz necessário o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual deve ser elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante. Toda conduta e informação fornecida à mulher e familiares deve ser registrada no prontuário. (CFM, 2016).

## 2.2 MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA

É de consenso que a assistência obstétrica deve ser conduzida sob o paradigma da humanização. Consequentemente requer, conforme Diniz (2005), redefinição das relações humanas, revisão do projeto do cuidado e, sobretudo, a compreensão da condição humana e dos direitos humanos.

Segundo Davis-Floyd (2001), os modelos de assistência obstétrica podem ser classificados em três paradigmas: o Modelo Tecnocrático ou Biomédico, o Modelo Humanístico e o Modelo Holístico.

O Modelo tecnocrático é adotado no mundo ocidental e caracteriza-se pelo foco da atenção no corpo, parto em hospitais, incorporação de intervenções. Atende, principalmente a conveniência do profissional de saúde e eleva as taxas de cesárea e de outras intervenções no parto normal. O processo de gestar e parir, muitas vezes, é entendido como sendo patológico e, portanto, necessita de intervenções frequentes para viabilizar desfechos favoráveis. (DAVIS-FLOYD, 2001).

O Modelo humanístico remete ao conceito de humanizar na obstetrícia, que é amplo e diz respeito a uma assistência com conhecimento, atitude e práticas com o objetivo de promover o parto e nascimento de forma saudável, bem como prevenir a morbimortalidade materna e perinatal. Para que a humanização ocorra, faz-se necessário respeitar os direitos do usuário, a privacidade e autonomia, as referências culturais e a valorização do trabalhador da área da saúde, bem como manter diálogo entre a equipe que assiste a mulher e o recém-nascido. (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

O Modelo Holístico pode se somar às características do modelo humanístico, cujo foco é o cuidado sofre influência do corpo, da mente, das emoções, do espírito e do ambiente no processo de cura da mulher. Os indivíduos podem ser mais ativos, modificam o estilo de vida, mas também podem ser passivos, que recebem uma prece ou uma transferência de energia. (DAVIS-FLOYD, 2001).

Por sua vez, em 2001, Wagner (apud PATAH; MALIK, 2011) classificou os modelos de atenção ao parto no mundo em 3 categorias, a saber: Modelo altamente medicalizado – com pouca participação das obstetrias e uso de alta tecnologia, utilizado nos Estados Unidos, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica e regiões urbanas do Brasil. Modelo menos medicalizado ou humanizado – menor frequência de intervenções e maior participação das obstetrias, utilizado na Holanda,

Nova Zelândia e países escandinavos; e Modelo intermediário – utilizado na Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha e Austrália.

No Brasil, o modelo predominante é o tecnológico ou biomédico, em que a gestante é considerada paciente, os partos são hospitalares e a assistência centrada no médico. (PATAH; MALIK, 2011).

Entretanto, além da competência do corpo médico na assistência obstétrica, da segurança e efetividade no atendimento há necessidade de o cuidado ser centrado na mulher e no bebê, e ser oportuno, eficiente e equitativo. Além disso, é de indispensável conhecer como são realizadas as etapas de trabalho, como se interligam as ações dos profissionais envolvidos e suas atribuições, os protocolos implantados, o uso de instrumentos para avaliação, os resultados que a instituição apresenta e ter como base na assistência as evidências científicas. (REIS et al., 2014).

Isto se justifica, pois antes de tudo, a maternidade deve envidar esforços para a prevenção de eventos adversos maternos, a exemplo da morte materna, parto eletivo programado (cesárea ou indução) sem indicação adequada, distócia de ombro, eclâmpsia, ruptura uterina, entre outros. Ademais, dentre os eventos de origem organizacional que necessitam ser prevenidos estão o conflito em relação ao manejo de um caso, a violação do protocolo institucional e infecções relacionadas à assistência à saúde. (BRASIL, 2014a).

Nesta perspectiva, muitas instituições trabalharam com a acreditação do modelo de Maternidade Segura, com vistas à atenção humanizada e segura, à redução da mortalidade materna e infantil, considerando as evidências científicas e, com uma organização da assistência obstétrica em rede, com o acompanhamento desde o início do pré-natal, parto, pós-parto e puerpério. Este modelo envolveu a OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo das Nações Unidas para populações e foi apoiado pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Embora hoje as maternidades não sejam acreditadas com um selo, muitas delas mantêm seus processos em consonância com o modelo proposto. Ele concebe que o ambiente de trabalho é fundamental na vida das pessoas, onde aprendem e compartilham conhecimentos. Nas maternidades é possível trabalhar a promoção à saúde, a educação e práticas para melhorar o cuidado, que transformam o ambiente mais acolhedor e humanizado, além de contribuir na melhora de saúde da mulher e da criança. (OIT, 2008).



Em Belo Horizonte o Hospital Sofia Feldmann, inaugurado em 1982, tem como princípios a universalidade, integridade, equidade, controle social, com oferta de assistência à mulher e à criança com atendimento de excelência com equipe multiprofissional e interdisciplinar, com inserção das boas práticas do parto e nascimento.<sup>1</sup> O modelo humanizado de cuidado à mulher e ao recém-nascido produz um movimento político, ético, afetivo e institucional com participação e comprometimento dos indivíduos e coletividade, com acesso de qualidade às mulheres grávidas. (BRASIL, 2014d).

No estudo de Nakaro, Bonan e Teixeira (2015), realizado no Rio de Janeiro e São Paulo em maternidades privadas, concluíram que o modelo de assistência obstétrica sofre influência da infraestrutura, recursos tecnológicos e humanos, modos de organização dos processos assistenciais do trabalho médico, remuneração médica e o lucro, que favorecem a realização das cesáreas, pois é vista como maneira segura de nascer.

Nesta perspectiva, políticas públicas e ações de promoção de saúde podem contribuir para a mudança no modelo de atenção obstétrica no país. (COPELLI et al., 2015).

No nível mundial é reconhecido que, modelos de atenção ao parto e nascimento bem-sucedidos e com menos intervenções, são aqueles em que tais fenômenos são considerados como eventos fisiológicos, e não precisam ocorrer, necessariamente, em instituições hospitalares e serem atendidos por médicos. (RATTNER; MOURA, 2016).

A OMS (1996), com base em evidências científicas obtidas por meio de pesquisas realizadas no mundo todo, desenvolveu a classificação das práticas comuns no parto e nascimento, orientando as práticas que devem ou não ser realizadas, sendo divididas em quatro categorias.

A CATEGORIA A é relativa às práticas demonstradas como úteis e que devem ser estimuladas. Entre as práticas nesta categoria estão o plano de parto; avaliação do risco gestacional; respeito sobre o local do parto; privacidade a mulher no local de parto; respeito à escolha pelo acompanhante; fornecimento de informações; oferta de líquido durante o trabalho de parto e parto; monitoramento fetal; monitoramento do bem-estar físico e emocional; métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio a dor; liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; estímulo a posições

---

<sup>1</sup> HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **História**. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/historia>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

não supinas; administração profilática de ocitocina; prevenção da hipotermia do recém-nascido; contato pele a pele e exame rotineiro da placenta.

A CATEGORIA B inclui práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas. Já nesta categoria, entre outras, estão o uso rotineiro de enema, de tricotomia, de infusão intravenosa de rotina; de posição supina; de exame retal; de uso de rotina da posição de litotomia; de esforço de puxo prolongado e dirigido; de lavagem uterina rotineira e de revisão uterina rotineira após o parto.

A CATEGORIA C refere-se a práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação explícita e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão. Aqui estão os métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto como ervas; imersão em água; amniotomia precoce de rotina; pressão do fundo durante o trabalho de parto; manipulação ativa do feto no momento do parto; uso de ocitocina de rotina; clampeamento precoce do cordão umbilical.

Na CATEGORIA D incluem-se práticas frequentemente usadas de modo inadequado. Nesta categoria estão a restrição hídrica e alimentar; controle da dor; monitoramento fetal; exploração manual do útero após o parto; uso rotineiro da episiotomia; cesárea; sondagem vesical; correção da dinâmica uterina com uso da ocitocina e exames vaginais repetitivos ou frequentes. (OMS, 1996).

No estudo de Leal (2014) foram avaliados o uso das boas práticas como alimentação, deambulação, métodos não farmacológicos para o alívio da dor, bem como intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de risco habitual e, observou-se que algumas práticas foram aplicadas de acordo com o recomendado pela Organização Mundial da Saúde e as Políticas Públicas. Já no estudo de Leal et al. 2014, a partir de uma base de dados do Brasil de 2011/2012, com 23.894 mulheres, os resultados evidenciaram que as boas práticas ocorreram em menos de 50% das mulheres, e com maior frequência nas primíparas. Já o uso de ocitocina e amniotomia predominaram no setor público, em mulheres com menos escolaridade, chegando a 40%. Nos partos naturais, com exceção da alimentação, as demais boas práticas apresentaram-se com percentuais mais elevados.

Na pesquisa cujo objetivo foi avaliar a atenção perinatal realizada nas três maternidades de risco habitual com atendimento 100% SUS em Curitiba, Oliveira (2015) pesquisou dados em 406 prontuários no período de 2013. Como resultado, observou ausência de registros importantes e a predominância de modelos assistenciais

obstétricos intervencionistas. Concluiu que as instituições pesquisadas não seguem as Boas práticas do parto e nascimento, conforme preconiza a OMS, e que os resultados remeteram à ideia de que o parto atendido no ambiente hospitalar e por profissionais de saúde não determinam a qualidade da assistência.

## 2.3 ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 confere ao estado o dever de promover saúde para todos, tendo como princípios norteadores a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social. Analogamente estes princípios devem nortear o modelo obstétrico e neonatal no país, de modo que inclua ações integrais de saúde para o atendimento das necessidades das mulheres e crianças, para o parto e nascimentos humanizados e seguros, e a construção e sustentação de redes perinatais. (BRASIL, 2014b).

Dados do Ministério da Saúde apontam que anteriormente a 2011, havia fragmentação da assistência à gestante, dificuldades de acesso aos serviços de saúde para a realização do pré-natal, e na vinculação às maternidades, e as práticas de parto e nascimento se apresentavam, por vezes, inadequadas e sem evidências científicas. Adicionalmente, ocorriam abortos sem segurança, grande número de gestações indesejadas e elevadas taxas de cesárea. (BRASIL, 2011a).

Dar à luz deve ser um momento de simplicidade independente da via de parto, desde que realizado com segurança e conforto, com profissionais qualificados e com menor nível de sofrimento para todos os envolvidos. O parto é um evento mais técnico que conceitual, é um evento natural, porém não isento de riscos. Assim, a mulher pode escolher o tipo de parto que deseja, desde que não tenha uma indicação médica para uma via específica. (RUSSO, 2015).

Todavia, o parto normal é reconhecido pelas mulheres como um processo doloroso, demorado e que alguns procedimentos podem ser realizados para acelerar o trabalho de parto, elevando o grau da dor. (VELHO et al., 2012). Ao contrário, o parto e nascimento constituem uma experiência singular para a mulher, que vivencia sentimentos e emoções, desde o início da gravidez. Esta experiência deveria ser acompanhada pela equipe assistencial desde o pré-natal até o momento do parto e pós-parto a fim de que ela receba cuidados acolhedores e humanizados. (BRASIL, 2014d).

Ademais, o parto deve ocorrer de forma mais natural possível, que permita a mulher ser a protagonista de todo o processo do parto e nascimento. (ANDRADE; AGGIO, 2014).

No Brasil, com objetivo de resgatar a cultura pelo parto normal, algumas iniciativas foram adotadas, como as experiências de Galba de Araújo no Ceará, inspirado na prática tradicional de parteiras e, no Paraná, em 1975, o médico ginecologista Dr. Moysés Goldstein Paciornik que foi defensor do parto de cócoras. Este tipo de parto é mais rápido, mais cômodo para a mulher e mais saudável para o bebê. (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012).

O país nos últimos anos busca uma visão mais ampla na atenção ao parto, considerando os aspectos físicos, emocionais e socioculturais que precisam ser respeitados, permitindo que a mulher vivencie a experiência da maternidade com segurança, crie vínculo com a equipe e sinta-se confiante e tranquila no momento do processo do nascimento. (GOMES et al., 2014).

Humanização da assistência ao parto entende-se como: "[...] um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes". (BRASIL, 2001b, p.38).

Humanizar é um conjunto de ações nas práticas obstétricas, trazendo conceitos novos e desafiadores e por vezes conflitantes. Humanizar o parto para a mulher, perpassa por uma mudança na experiência humana na hora do parto, e para quem a assiste uma mudança na forma de assistir a mulher naquele momento. (DINIZ, 2005).

A assistência obstétrica humanizada envolve todas as etapas, desde o pré-natal, parto com nascimento saudável, prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, com procedimentos realizados com comprovação quanto aos benefícios, sem intervenção desnecessária, preservando a autonomia e a privacidade, já que o nascimento é um evento fisiológico e marcante na vida da mulher. (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Assim, nos casos em que a mulher prefira a cesárea ao parto normal é preciso respeitar a sua escolha, desde que o procedimento ocorra após a 39.<sup>a</sup> semana da gravidez, garantindo assim o desenvolvimento da criança. Porém, se o profissional médico julgar melhor o parto normal, este tem o direito de não realizar a cesárea. (CFM, 2016).

Consequentemente, para que a mulher tenha condições de definir com segurança, a opção pelo parto normal ou cesárea, precisa ser preparada física e emocionalmente e isto ocorre com um pré-natal realizado com qualidade. Desta forma, é essencial que este seja iniciado precocemente a fim de ela receba uma adequada assistência e, consequentemente, contribua-se para a redução da mortalidade materna. É o momento em que a equipe de saúde pode acompanhar a gestação, vincular a mulher à maternidade de referência e, oportunizar a sua participação em atividades educativas e ações preventivas. (BRASIL, 2012c).

E, buscando respeitar o direito da mulher pela escolha da cesárea, esta deve ser amplamente discutida com a mulher, a qual tem o direito de receber informações fundamentadas em evidências científicas sobre os riscos e benefícios à mãe e ao conceito. Sua indicação deve ser precisa, de modo que os benefícios ao binômio mãe-filho sejam maiores do que as consequências indesejadas do procedimento cirúrgico e anestésico. (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

Assim, para que haja a vinculação da gestante com a equipe e a maternidade, o Ministério da Saúde recomenda no mínimo seis consultas no pré-natal. (BRASIL, 2012c).

Observa-se que quanto mais jovem a mulher, menos frequente o seu comparecimento às consultas de pré-natal. E, quanto maior a sua escolaridade, menos frequente é o seu comparecimento a consultas no pré-natal. (BRASIL, 2014c).

No Brasil em 2012, de cada três em quatro nascimentos, as mulheres compareceram a seis ou mais consultas no pré-natal, com expressiva desigualdade entre as regiões brasileiras. No sul e sudeste, 83% das mulheres compareceram a seis ou mais consultas, 57% no norte, e 67% no nordeste. Já o menor percentual de consultas (três ou menos) ficou concentrado na região norte com 21% e, no nordeste com 14,1%. (BRASIL, 2014c).

No estado do Paraná em 2013, em torno de 80% das gestantes compareceram a sete consultas ou mais (PARANÁ, 2014). Em Curitiba no ano de 2016, 89,7% das gestantes realizaram sete ou mais consultas. E, no Distrito Sanitário onde se localiza a maternidade em estudo, 88,4% das gestantes realizaram sete ou mais consultas. (CURITIBA, 2017).

### 2.3.1 Cesárea

A cesárea é uma intervenção cirúrgica instituída para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto e, proporciona segurança à gestante e a seu filho, em situações de maior complexidade. (PATAH; MALIK, 2011).

Estes procedimentos devem ser realizados somente quando necessário, pois podem trazer riscos imediatos e tardios, comprometer futuras gestações, principalmente se realizadas sem infraestrutura adequada e de forma insegura. Todavia, torna-se o procedimento de eleição quando a vida da mãe e do feto estão em situação de risco. (OMS, 2015).

Do ponto de vista clínico, a cesárea é indicada em situações de risco como eclâmpsia, placenta prévia, prolapso de cordão, sendo recomendada que ocorra o mais próximo do desencadeamento do trabalho de parto. (RATTNER; MOURA, 2016).

Já uma cesárea eletiva pode ser definida como um procedimento planejado, realizado durante o horário de trabalho de rotina, em idade gestacional superior a 39 semanas, em uma mulher que não está em trabalho de parto ou em trabalho de parto (TP) induzido. As demais cesáreas são consideradas de emergência ou não eletivas e devem ser registrados os motivos que levaram à indicação da cesárea, conforme definição da instituição que vem a auxiliar na avaliação da taxa de cesárea, e se está ou não indicado este procedimento. (ROBSON; HARTIGNAN; MURPHY, 2013).

Quando há baixos índices de cesáreas, este fato se justifica devido à falta de acesso da população aos serviços de saúde ou à falta de assistência médico-hospitalar, como é o caso de alguns países africanos. (OIT, 2008).

Na maioria dos países desenvolvidos, até a metade do século XX e na década de 70, entre 3 e 6% dos nascimentos aconteciam por meio de cesáreas. (ALMEIDA et al., 2014).

Autores aludem que o aumento das taxas de cesáreas no mundo, e, sobretudo no Brasil, ocorreu a partir da década de 1970, tendo origem no respeito à autonomia da mulher e seu novo papel na família e na sociedade, que veio a contribuir na sua escolha de via de parto. (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

A OMS preconiza uma taxa de até 15% de cesáreas em relação ao número total de partos realizados, e que a opção por este procedimento seja fundamentada na

apresentação das indicações necessárias para a preservação da saúde da mulher e/ou do recém-nascido. (OMS, 1996). Entre elas, destacam-se: indicações maternas – cesáreas prévias, deformidades pélvicas, tumor obstrutivo, cerclagens abdominais, cirurgia vaginal reconstrutora, urgência em complicação clínica materna; Indicações Fetais – anomalias de apresentação, prolapso do cordão umbilical, sorologia positiva para HIV (depende da Carga Viral), infecção aguda pelo vírus herpes simples no terceiro trimestre, anomalias congênitas, padrão não tranquilizador dos Batimentos cardio fetais – BCF; e Indicações materno e fetais – desproporção cefalo-pélvica, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia central, *peri mortem*, prenhez gemelar com primeira apresentação não cefálica. (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

A cesárea é muito frequente, sendo que entre as principais causas para a sua realização destacam-se os fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes, bem como a solicitação das mulheres pelo tipo de parto e o modelo assistencial de referência, que envolve a preferência médica e os interesses econômicos. (PATAH; MALIK, 2011).

Quando questionados sobre o elevado número de cesáreas realizadas, as mulheres relatam influências culturais, sociais, institucionais e legais. E, os profissionais obstetras alegam que na sua maioria, as cesáreas ocorrem por desejo da mulher. (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010).

Esta prática está presente na população, sendo considerada como uma forma de solucionar os problemas da obstetrícia. (SABATINO, 2014).

Na sua maioria, as cesáreas a pedido da mulher se justificam pelas informações erradas ou incompletas sobre o processo do parto, entre elas a fobia do parto, antecedentes negativos, crenças, medo da dor e protocolos hospitalares rígidos. Além disso, elas querem evitar a mutilação perineal, evitar lesões de órgãos vizinhos como útero e bexiga ou lesão no chão da pelve, que podem levar ao prolapso genital, ou incontinência urinária. (SABATINO, 2014).

Estudo realizado por Copelli et al. (2015) demonstrou alguns determinantes que motivaram a mulher pela preferência da cesárea, como: idade avançada e desejo em realizar a laqueadura no momento do parto, medo da dor no trabalho de parto, tempo excessivo do trabalho de parto, falta de informação, praticidade, indicação do médico para segurança do filho e poder de intervenção médica.



Considerando o aumento do número de cesáreas a pedido das mulheres, os Estados Unidos, realizou uma conferência, por meio do Instituto Nacional de Saúde, com o propósito de analisar os riscos e benefícios desta intervenção obstétrica. Os participantes declararam não haver evidências suficientes para avaliar as solicitações de cesáreas a pedido, quando comparada ao parto vaginal, devendo ser avaliada a solicitação, individualmente, e contemplar os princípios éticos. (PATAH; MALIK, 2011).

Os debates éticos sobre cesárea a pedido são frequentes na realidade brasileira e já motivaram pareceres da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) e do próprio Conselho Federal de Medicina (CFM). Considera-se ético e é defensável o direito da mulher de escolher o tipo de parto garantindo o princípio da autonomia. (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010).

Na Europa, desde a última década do século XX, muitos países apresentam elevadas taxas de cesárea. Entretanto, a Holanda se destaca entre os países com menor taxa de cesárea quando comparada com as dos demais países desenvolvidos. Porém, também apresentou um aumento nas taxas de cesárea, passando de 7,4% em 1990 para 13,5% em 2002, e mantendo-se em 13,6% em 2004. Já no Canadá, cujo sistema de saúde é público, a taxa de cesárea foi de 23,4% em 2002, enquanto que dados de 2007 relativos aos Estados Unidos apontaram que a taxa de cesárea chegou aproximadamente a 31,8%. (PATAH; MALIK, 2011). Já o Brasil é conhecido mundialmente pelo elevado número de cesáreas, cuja prevalência fica próxima aos valores da China (46,2%) e México (42,0%), e bem superior aos valores da Inglaterra (23,7%) e Finlândia (15,7%). (LEAL et al., 2014).

Segundo Haddad e Cececatti (2011), a indicação da cesárea, na sua maioria, ocorre no final da gestação, sendo a mulher submetida a este procedimento antes do início do trabalho de parto. Na Tabela 1 observam-se os resultados sobre a preferência por cesáreas por mulheres primíparas e multíparas, no serviço público e privado, no início e no final da gestação, obtidos pela Pesquisa Nascer no Brasil (DOMINGUES et al., 2014).



TABELA 1 - PROCESSO DE DECISÃO PELO TIPO DE PARTO NOS SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO POR PRIMÍPARAS E MULTÍPARAS, BRASIL, 2014

VARIÁVEIS	PRIMÍPARAS (%)		MULTÍPARAS (%)	
	Sistema Público	Sistema Privado	Sistema Público	Sistema Privado
Preferência inicial: cesárea	15,4	36,1	29,2	58,8
Decisão no final da gestação: cesárea	15	67,6	27,4	75,4
Tipo de parto: cesárea	44,8	89,9	40,7	84,5

FONTE: Adaptado de DOMINGUES et al. (2014).

Constata-se que a preferência por cesárea no início da gestação é menor (15,4%) nas primíparas do que nas multíparas (29,2%) no setor público. Por sua vez, no setor privado, chega a 36,1% nas primíparas e 58,8% nas multíparas. A mesma preferência ocorre quanto à decisão no final da gestação, conforme pode ser observado na Tabela 1. Consequentemente, há um maior número de cesáreas realizadas nas primíparas no setor privado (89,9%), do que nas multíparas (84,5%). (LEAL et al., 2014).

Embora o setor privado tenha apresentado valores crescentes nas taxas de cesáreas, chegando a 84,1% do total de nascimentos em 2016, houve redução de 1,5% entre os anos de 2014 a 2016. (BRASIL, 2017).

O elevado índice de cesáreas no Brasil, segundo a OMS (2015), está relacionado a fatores socioeconômicos e culturais. (BRASIL, 2004) e a organização alerta sobre a prática das cesáreas fazer parte da cultura de certas classes sociais, o que a Tabela 2 parece evidenciar. Pode-se também observar a ascendência progressiva da taxa de cesáreas em todas as regiões brasileiras e que as maiores taxas se encontram nas regiões centro-oeste, sul e sudeste (acima de 50%).

TABELA 2 - TAXAS DE CESÁREAS SEGUNDO REGIÃO DO BRASIL, 2010-2013

REGIÃO	TAXA DE CESÁREA POR ANO (%)			
	2010	2011	2012	2013
Norte	42	43	45	46
Nordeste	44	46	48	50
Sudeste	58	59	61	61
Sul	58	60	62	63
Centro-oeste	57	59	61	62
Brasil	42	54	56	57

FONTE: BRASIL (2015b).

Os autores do estudo brasileiro, "Nascer no Brasil" apontam que 45,5% das mulheres com risco obstétrico habitual submeteram-se a cesárea em 2014. As taxas de cesáreas foram menos frequentes no setor público, entre mulheres com menos

escolaridade e não brancas, e estes procedimentos foram realizados principalmente para mulheres de mais alto padrão de escolaridade, chegando a 89,9% no setor privado de saúde. Na região sudeste, a mais rica do Brasil, percebe-se menor probabilidade de cesáreas e, maior frequência das boas práticas obstétricas, o que reflete uma reversão do modelo tradicional, com excesso de intervenções. (LEAL et al., 2014).

Destaca-se que não faz sentido discutir isoladamente a taxa de cesárea sem levar em consideração a população obstétrica assistida. (ALMEIDA et al., 2014). Entretanto, há que se considerar que independente do grupo socioeconômico e do risco obstétrico, as mulheres no Brasil estão mais sujeitas aos riscos de iatrogenia no parto. (LEAL et al., 2014).

Quando utilizadas de forma indiscriminada, as cesáreas podem ocasionar aumento dos riscos de morbimortalidade materna e perinatal. (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

As complicações maternas podem variar de febre e maior perda sanguínea, até eventos maiores como lacerações acidentais e acidentes anestésicos. (BRASIL, 2014d). Outros riscos na indicação da cesárea podem ser considerados, como a interrupção prematura da gravidez por erro de cálculo da Idade Gestacional e a angústia respiratória para os recém-nascidos comparados com os nascidos de parto normal. (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

No estudo de Faúndes e Cecatti (1991), os autores relatam que uma reversão da tendência da cesárea depende de liderança política forte e bem informada, com conhecimento sobre o assunto e com desejo em mudar os indicadores, a fim de que ocorra uma mudança no modelo assistencial obstétrico. É necessário o fornecimento de ampla informação às mulheres, esclarecimentos sobre o fato de não haver relação entre o prazer sexual e o tipo de parto e, ainda, sobre os perigos pela escolha da cesárea quando esta não indicada corretamente, de modo a preservar a saúde da mulher e do conceito. Além do que, o profissional deve sentir-se seguro no procedimento a ser realizado, considerando principalmente os critérios clínicos e condições de indicação do tipo de via de parto.

Adicionalmente, segundo Copelli et al. (2015), para que haja redução nas indicações das cesáreas é preciso investir na formação dos discentes para sensibilizá-los ao resgate do protagonismo da mulher no processo de nascimento, para capacitá-los para a adoção das boas práticas do parto e nascimento. Problematicar crenças que passam de geração a geração e que reforçam a ideia que cesárea tem menos risco

e complicações, e divulgar as evidências científicas podem contribuir na mudança do modelo obstétrico reduzindo as intervenções e tornando a assistência mais humanizada.

Entretanto, com o objetivo de reduzir as indicações excessivas de cesáreas, sem que haja uma indicação clínica justificada, mediante o aumento do número de partos humanizados, faz-se necessária a adoção de um modelo centrado na equipe multiprofissional, independentemente do tipo de assistência, quer seja pública ou suplementar. (SOALHEIRO, 2012).

E, para que haja uma redução no número de cesáreas a longo prazo, recomenda-se evitar a primeira cesárea e permitir o início espontâneo do trabalho de parto. (ALMEIDA et al., 2014).

Esta prática, ao meu ver, contribuirá para a redução do número de cesáreas desnecessárias.

## 2.4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO RELATIVO À SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER E À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

### 2.4.1 Mortalidade materna

Para se entender o perfil epidemiológico relativo à saúde reprodutiva da mulher é necessário conhecer o conceito de morte ou óbito materno.

[É] a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais. (BRASIL, 2007b, p.12).

Foram muitas as iniciativas em nível mundial para o enfrentamento da mortalidade materna, mas ainda há muito a avançar neste sentido. No Brasil, não foi diferente, principalmente no nível normativo, porém, de alcance limitado na prática. (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Entre 2000 a 2011 a taxa de mortalidade materna (TMM) no Brasil manteve-se no patamar entre 59,2 e 74,7. (TABELA 3). Porém, o aceitável pela OMS é até 20 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos. (NETO MENEZEZ; BEZERRA; BEZERRA, 2015).

TABELA 3 - TAXA DE MORTALIDADE MATERNA (TMM) POR 100.000 NASCIDOS VIVOS (NV), PARANÁ E BRASIL NO PERÍODO 2000-2010

PERÍODO	LOCAL	TMM
2000	Brasil	73,3
	Paraná	68,5
2005	Brasil	74,7
	Paraná	66,1
2010	Brasil	68,2
	Paraná	59,2
2011	Brasil	64,8
	Paraná	51,7

FONTE: Adaptado de BRASIL (2016b).

Segundo Relatório das Nações Unidas, em 2013 a taxa mundial de mortalidade materna foi de 210 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos. Onze países da América Latina e do Caribe apresentaram avanços significativos na redução das mortes relacionadas com complicações durante a gravidez e parto, entre estes, o Brasil, com 69 mortes por 100.000 Nascidos vivos. (OPAS/OMS, 2014).

Segundo relatório dos ODS de 2016 a TMM entre 1990 e 2015 reduziu em 44% (216 mortes/100.000NV), entretanto ainda aquém dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), e distante da meta estabelecida na Agenda 2030, que é de 70 óbitos por 100.000NV. (ONU, 2016).

Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, em mais de 180 países, com metas a serem atingidas até 2015, e entre elas estava a redução da mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990. (ODS, 2014b).

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública, pois as mulheres têm pouco acesso a estes serviços e, nos países em desenvolvimento se tem indicadores que refletem em 99% dos óbitos maternos. (MORSE et al., 2011). No nível mundial, cerca de 85% das mortes relacionadas a gravidez ocorrem na África Subsaariana com uma TMM de 920, Ásia do Sul e Central com TMM de 520 por 100.000 NV. Já nos países desenvolvidos a TMM é de 20 por 100.000 NV. (OIT, 2008).

Mesmo assim, se mantém a preocupação, pois entre os anos de 2000 e 2015, estima-se que mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas, porém ainda cerca de 280 mil mortes maternas ocorrem a cada ano no mundo. (SOUZA, 2015).

No estado do Paraná, em 1989, Dr Luiz Fernando C. O. Braga, gineco-obstetra, preocupado com os altos índices de mortalidade materna apontados pelo MS e OMS e existentes no Estado, propôs a criação dos Comitês de Mortalidade

Materna no Paraná, baseado na experiência de outros países. Participaram da construção dos comitês, entre outros, as enfermeiras Vânia Muniz Néquer Soares e Eliana Carzino. Os comitês foram instituídos com caráter interinstitucional, multiprofissional e confidencial, com objetivo de identificar e estudar os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para sua redução.<sup>2</sup>

No estudo realizado sobre a mortalidade materna no Brasil referente ao período entre 2000 a 2009, Ferraz e Bordinon (2012) concluíram que a maior prevalência de óbitos maternos ocorreu na faixa de 20 a 29 anos (41,8%). Já entre as adolescentes de 15 a 19 anos foi de 14,3%, e entre as de 10 a 14 anos foi de 0,8%, totalizando 15,2% de mortes maternas entre adolescentes, em relação ao número de mortes maternas.

Quanto à morte materna tardia, esta é definida como o óbito de uma mulher devido a causas obstétricas diretas ou indiretas e, que ocorre em um período superior a 42 dias e inferior a um ano, após o fim da gravidez. (VEGA; SOARES; NARS, 2017). Segundo estudos de Soares et al. (2012), realizado nos triênios de 2005-2007 e 2008-2010, o Paraná apresentou uma TMM próxima de 60 por 100.000 NV, excluídos os óbitos maternos tardios. Considerando que 90% dos óbitos maternos ocorrem em hospitais, e com relação às causas das mortes maternas, dentre as causas obstétricas diretas, houve um padrão semelhante nos dois triênios estudados e a predominância dos óbitos foi por pré-eclampsia/eclampsia, infecções urinária e puerperal, nos hospitais de referência para gestação de alto risco. Já para gestação de baixo risco, a predominância dos óbitos foi por hemorragia, embolia e complicações anestésicas, fenômenos que podem estar relacionados à realização de cesáreas.

No estudo de Ferraz e Bordinon (2012), os autores constataram que a escolaridade é indiretamente proporcional à mortalidade materna. Obtiveram evidências de que a mortalidade materna nas mulheres com 4 a 7 anos de escolaridade foi de 23,8% dos registros realizados no Brasil, e na região sul do Brasil foi de 29,2%.

Já no estudo de Leal (2014) encontra-se que nas maternidades de risco habitual em Curitiba, 44,5% das mulheres tinham o ensino médio completo e 25% o ensino fundamental incompleto, o que faz com que as Unidades de Saúde mantenham essas mulheres no radar, uma vez que é considerado um risco para o aumento da mortalidade materna. Daí a importância de um atendimento pré-natal

---

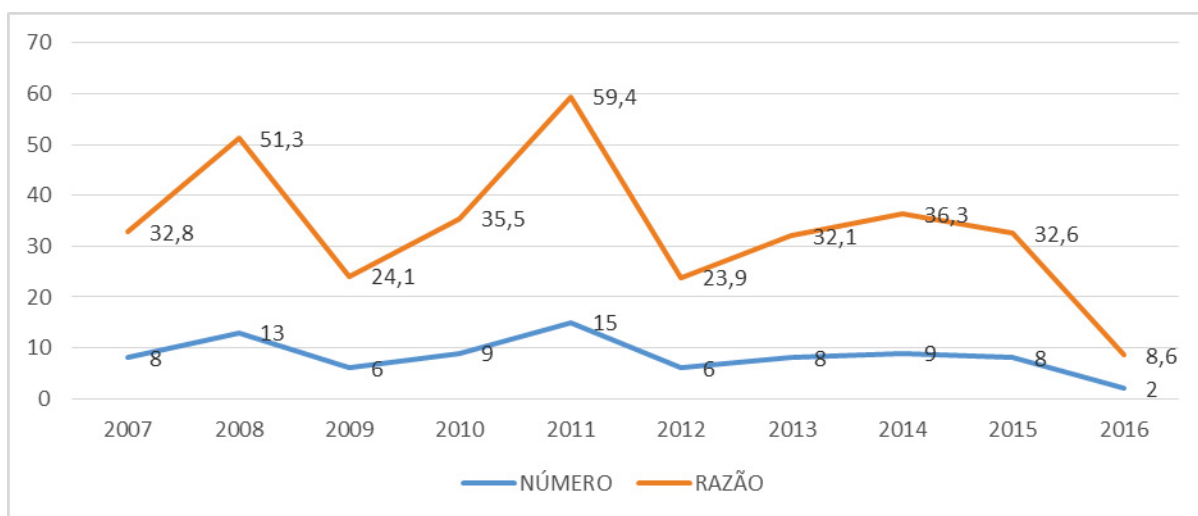
<sup>2</sup> PARANÁ. Secretaria da Saúde. Comitês de prevenção da mortalidade materna Paraná. **História dos comitês**. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP\\_Arquivos/comite\\_mort\\_mat\\_infant/6historiadoscomites\\_Maternos.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/6historiadoscomites_Maternos.pdf)>. Acesso em: 13 out. 2017.

adequado e precoce, bem como de assistência adequada no parto, nascimento, puerpério, no planejamento familiar, e orientação das mulheres quanto aos direitos reprodutivos.

No Paraná, a TMM no período de 1990 a 2000 teve uma redução de 26,6% dos óbitos, passando de 90,5 para 66,4 óbitos maternos por 100.000 NV, em 2000. Já no período de 2001 a 2010, houve uma redução de 0,2%, pois de 65,3 reduziu para 65,1 óbitos 100.000 NV. E entre 1990 e 2011, o Paraná apresentou a menor TMM entre os estados brasileiros, pois houve uma redução da TMM para 51,67 por 100.000 NV. (PARANÁ, 2012).

Já em Curitiba, observa-se no Gráfico 1 que no período entre 2007 e 2016, ocorreu uma redução da taxa de mortalidade materna de 32,8 em 2007 para 8,6 por 100.000 NV em 2016, menor taxa neste período. Já a maior TMM ocorreu no ano de 2011 com 59,4 por 100.000 NV. (CURITIBA, 2017).

GRÁFICO 1 - NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS E TAXA DE MORTALIDADE MATERNA POR 100.000 NV, DE MULHERES RESIDENTES EM CURITIBA-PR, 2007-2016



FONTE: CURITIBA (2017).

Os resultados do estudo realizado por Soares et al. (2012) nas maternidades de baixo risco, evidenciaram um aumento de óbito relacionados ao risco gestacional no estado do Paraná, se considerados os registros de 2005-2007 e 2008-2010; e, nas instituições de referência para alto risco neste mesmo período houve um decréscimo. (TABELA 4).

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTA E RELATIVA DE MORTES MATERNAS NO PARANÁ, CONFORME RISCO GESTACIONAL, PARANÁ, 2005-2007 e 2008-2010

RISCO GESTACIONAL	PERÍODO			
	2005-2007		2008-2010	
	n	%	n	%
Baixo risco	136	39,9	36	45,3
Alto risco	174	51	139	47
Outros	31	9,1	23	7,7
Total	341	100	298	100

FONTE: Adaptado de SOARES et al. (2012).

Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) auxiliaram o desenvolvimento e progresso em várias áreas, porém em particular, na área da saúde materna, neonatal, infantil e saúde reprodutiva nos países menos desenvolvidos não foram atingidas as metas conforme o planejado apesar dos avanços. E os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), no seu escopo, têm além dos novos desafios, o investimento nas metas não atingidas nos ODM. (ODS, 2015).

Os ODS vieram para suceder os ODM e têm como seu 3.º Objetivo "assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades". E para isto, faz-se necessário em nível mundial reduzir a taxa de mortalidade materna global até 2030, para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos, e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos; reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos, e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos. (OPAS/OMS, 2017).

No Brasil, os ODS devem ser implementados de forma gradativa, para manter os avanços conquistados. Entre estes, na redução da mortalidade materno-infantil, deve-se considerar as disparidades econômicas sociais, raciais e regionais, desenvolvendo ações, com vistas ao fim das mortes evitáveis maternas, de recém-nascidos e crianças, bem como à redução das morbidades infantis e maternas. (ODS, 2014a).

#### 2.4.2 Mortalidade infantil

No Brasil nascem cerca de 3 milhões de crianças ao ano, e entre estes nascimentos, 98% ocorrem em ambientes hospitalares devido à presença de tecnologias e procedimentos que tornam o processo do nascimento mais seguro. (BRASIL, 2016c).



A mortalidade infantil compreende "[...] a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias de vida) e pós neonatal (28 dias e mais)". (BRASIL, 2000, s.p.).

A mortalidade de crianças de 0 a 6 dias de vida, em meados da década de 1990, passou a ser o principal componente das mortes infantis e de crianças abaixo dos 5 anos no Brasil. Entre 1990 e 2011, a taxa de mortalidade pós-neonatal reduziu 80,5%, passando de 24 para 4,7 óbitos por mil nascidos vivos; a taxa de mortalidade neonatal precoce reduziu de 17,7 para 8,1 óbitos por mil nascidos vivos, e a neonatal tardia (7 a 27 dias de vida) de 5,4 para 2,5 óbitos por mil nascidos vivos. (BRASIL, 2014a).

A Tabela 5 apresenta a evolução dos diferentes componentes da taxa de mortalidade infantil no primeiro ano de vida no Brasil e no Paraná. Observa-se a diminuição gradativa ao longo dos anos no país e no estado, podendo estar relacionada à melhoria da assistência obstétrica.

TABELA 5 - COMPONENTES DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000 NV, PARANÁ E BRASIL, 2001-2011

ANO	MORTALIDADE INFANTIL (< que 1 ano)		TAXA DE MORTALIDADE				MORTALIDADE PÓS-NEONATAL (28-365 dias)	
			Neonatal precoce (0-6 dias)		Neonatal tardia (7-27 dias)			
	Brasil	Paraná	Brasil	Paraná	Brasil	Paraná	Brasil	Paraná
2001	24,9	18,1	12,7	9,5	3,5	2,4	8,7	6,2
2004	21,5	15,6	10,9	8,1	3,3	2,5	7,2	5
2007	18,6	13,5	9,6	7	3	2,2	6	4,2
2010	16	12	8,5	6,7	2,6	2	4,9	3,3
2011	15,3	11,8	8,1	6,2	2,5	2,2	4,7	3,4

FONTE: Adaptado de BRASIL (2012a).

O Brasil apresentou em 2001 uma TMI de 24,9 chegando em 2011 com 15,3 por 1.000NV. Já o Paraná em 2001 apresentou uma TMI de 18,1 por 1.000NV, reduzindo para 11,8 por 1.000 NV em 2011. Em 2001 foram identificadas as maiores taxas de mortalidade neonatal precoce (entre crianças de 0 e 6 dias) no Brasil, com 12,7 por 1.000 NV e, no Paraná, com 9,5 por 1.000 NV. Mesmo assim, a queda no período entre 2001 e 2011 foi bastante significativa, chegando a 8,1 por 1.000NV no Brasil e 6,2 por 1.000 NV no Paraná. (TABELA 5).

Já a mortalidade infantil em Curitiba, após a Implantação do Programa Mãe Curitibana em 1999, obteve franco descenso como pode ser constatado na linha azul escura no Gráfico 2. Em 1998, a TMI, foi de 16,6, e em 2016, a TMI foi de 8,6.

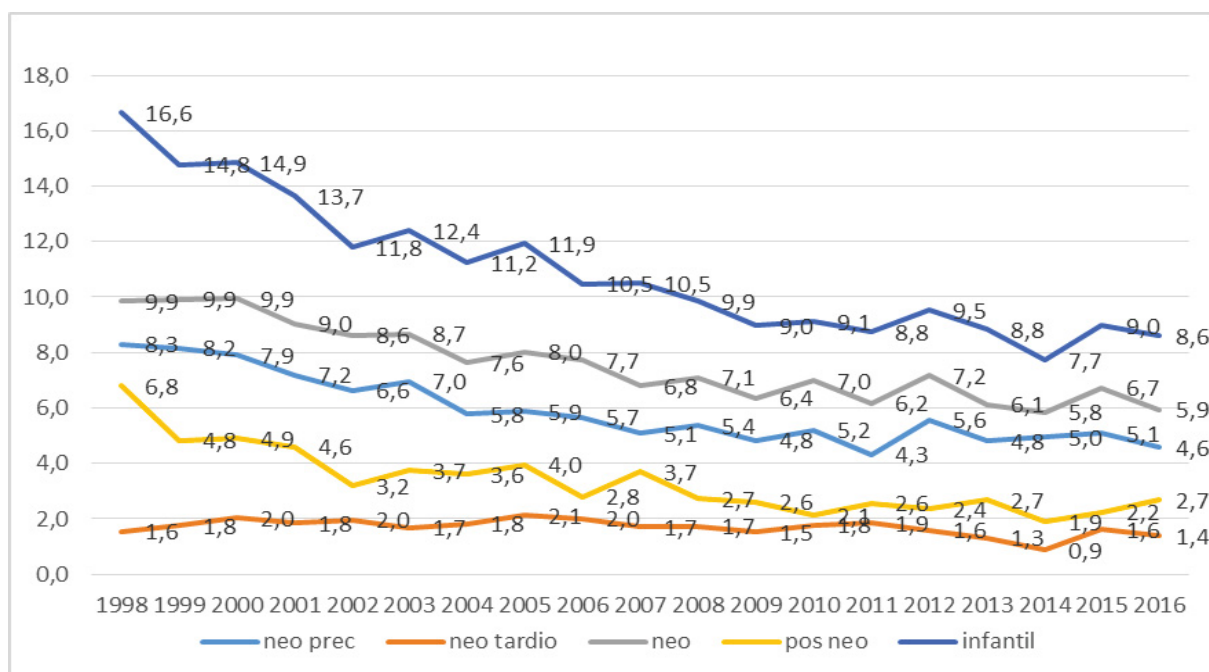


E, no Distrito onde está localizada a maternidade em estudo, a TMI, em 2016, foi de 8,6/1.000NV. (CURITIBA, 2017).

Muitas mortes infantis ocorrem no período neonatal e pós-neonatal o que reforça a importância de melhorar as ações de saúde durante o pré-natal. (NETTO et al., 2017). E para que haja vínculo entre profissionais de saúde e a mulher, um dos aspectos importantes é o investimento na relação humana e de qualidade, permitindo que a grávida expresse suas preocupações e ansiedades. (SILVA et al., 2017).

Neste sentido, o Programa Mãe Curitibana, foi instituído com o objetivo de humanizar o atendimento e aumentar a segurança da assistência à gestante e ao recém-nascido, garantir acesso ao pré-natal, acesso à maternidade conforme o risco gestacional, detectar precocemente as possíveis complicações e reforçar o aleitamento materno. (CURITIBA, 2012). Da mesma forma, o Programa Mãe Paranaense foi instituído para organizar a atenção materno-infantil, garantir o acesso a gestante, acompanhar o pré-natal, classificar a gestante conforme risco gestacional, garantir ambulatório especializado às gestantes e crianças de risco, e vincular a gestante a uma maternidade conforme a classificação do risco gestacional. (PARANÁ, 2012).

GRÁFICO 2 - COMPONENTES DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, PERÍODO DE 1998-2016 CURITIBA-PR



FONTE: CURITIBA (2017).

Paralelamente à redução da taxa de mortalidade infantil no Brasil, evidenciou-se uma redução de nascidos vivos a partir de 2000 em todas as regiões brasileiras. Observou-se, entre 2000 e 2012, uma redução de 13,3% no número total de nascimentos no país, variando de 4,1% na Região Centro-Oeste, até 16,6% na Região Nordeste. E também, nas proporções de nascimentos ocorridos nas 37.<sup>a</sup> e 38.<sup>a</sup> semanas de gestação foram constatadas diferenças segundo o tipo de parto, com 36,6% para cesáreas e 25,9% para partos vaginais. (BRASIL, 2014c).

## 2.5 SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DEZ GRUPOS DE ROBSON

As indicações de cesáreas são difíceis de serem definidas e aplicadas de forma consistente. Isto se justifica pelo fato de que os procedimentos de indicação são avaliados após a realização da cesárea, o que dificulta a classificação para obtenção de uma visão global na assistência. Um sistema de classificação geralmente determina a sua estrutura, porém, a classificação trabalha vários aspectos. Deve ser prospectiva para melhorar os resultados, ser simples, de fácil entendimento e de fácil implementação. (ROBSON; HARTIGAN; MURPHY, 2013).

Para a área médica, os sistemas de classificação são utilizados para transformar dados brutos em informações úteis com o propósito de melhorar os cuidados clínicos. E, havendo mais de uma indicação para cesárea, estas devem ser classificadas de forma hierárquica, escolhidas de forma consistente nos casos semelhantes e, em casos diferentes deve ser realizado o registro, principalmente se for a pedido da mulher, com o registro do motivo da solicitação. (ROBSON; HARTIGAN; MURPHY, 2013).

O *10-Group Classification System* (TGCS), foi criado em 2001 por Michael Robson. Os Dez Grupos de Robson baseiam-se nas características da grávida, da gestação e da conduta frente ao trabalho de parto e não na indicação à cesárea. Trata-se de um sistema simples, robusto, reprodutível, relevante do ponto de vista clínico, padronizado e de fácil implementação. Ao aplicar os grupos são cuidadosamente definidos, prospectivamente identificados, totalmente inclusivos e mutuamente exclusivos. (VERÍSSIMO et al., 2013).

A OMS recomenda o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson como instrumento padrão para monitorar as indicações das cesáreas. Com esta ferramenta, a expectativa é melhorar estas indicações com segurança, contribuir

para avaliar a efetividade de estratégias ou intervenções e, melhorar a qualidade da assistência e dos dados.

Os grupos que compõem o Sistema de Classificação foram instituídos a partir de cinco características obstétricas coletadas das maternidades, sendo: histórico obstétrico, estabelecimento do trabalho de parto, posição fetal, número de filhos e idade gestacional. (VOGEL et al., 2015).

Para classificar as indicações de cesáreas é necessário um esforço de toda a equipe para preencher um formulário específico e de fácil acesso, que permita a disponibilidade imediata e contínua ao menos dos cinco parâmetros em que se baseia o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson, pois permite comparar ao longo do tempo a taxa de cesáreas na instituição, e proporciona justificar as variações do procedimento. (ALMEIDA et al., 2014).

Somente com informações adequadas pode-se decidir qual é a taxa de cesárea adequada. A decisão sobre a indicação de cesárea e o conhecimento sobre suas consequências pelos profissionais a assistência obstétrica deve ser embasada em evidências científicas. As taxas de cesáreas não devem ser julgadas isoladamente de outros resultados e características epidemiológicas. (ROBSON; HARTIGAN; MURPHY, 2013).

Os dados devem ser analisados em grupo padrão de mulheres, e ainda de forma contínua. Deve-se avaliar outros eventos, resultados, custos e eficiência para poder determinar a relação dos resultados com as taxas de cesárea. (ROBSON; HARTIGAN; MURPHY, 2013).

O estudo de Veríssimo et al. (2013) realizado em Portugal contribuiu para a compreensão das taxas de cesárea. Com a utilização do Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson, os autores constataram que é um instrumento útil, prático, fácil de ser utilizado, proporciona diferenciar populações obstétricas específicas, e é desprovido da subjetividade de outros sistemas de classificação.

No estudo de Costa et al. (2010), realizado no Brasil, os autores aplicaram o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson e observaram que este pode ser facilmente executado para fornecer dados para avaliar as taxas de cesáreas e suas implicações. Permite comparar populações obstétricas semelhantes, fundamental para monitorar as tendências das taxas de cesáreas, especialmente quando há uma política implantada para a redução das altas taxas deste procedimento.

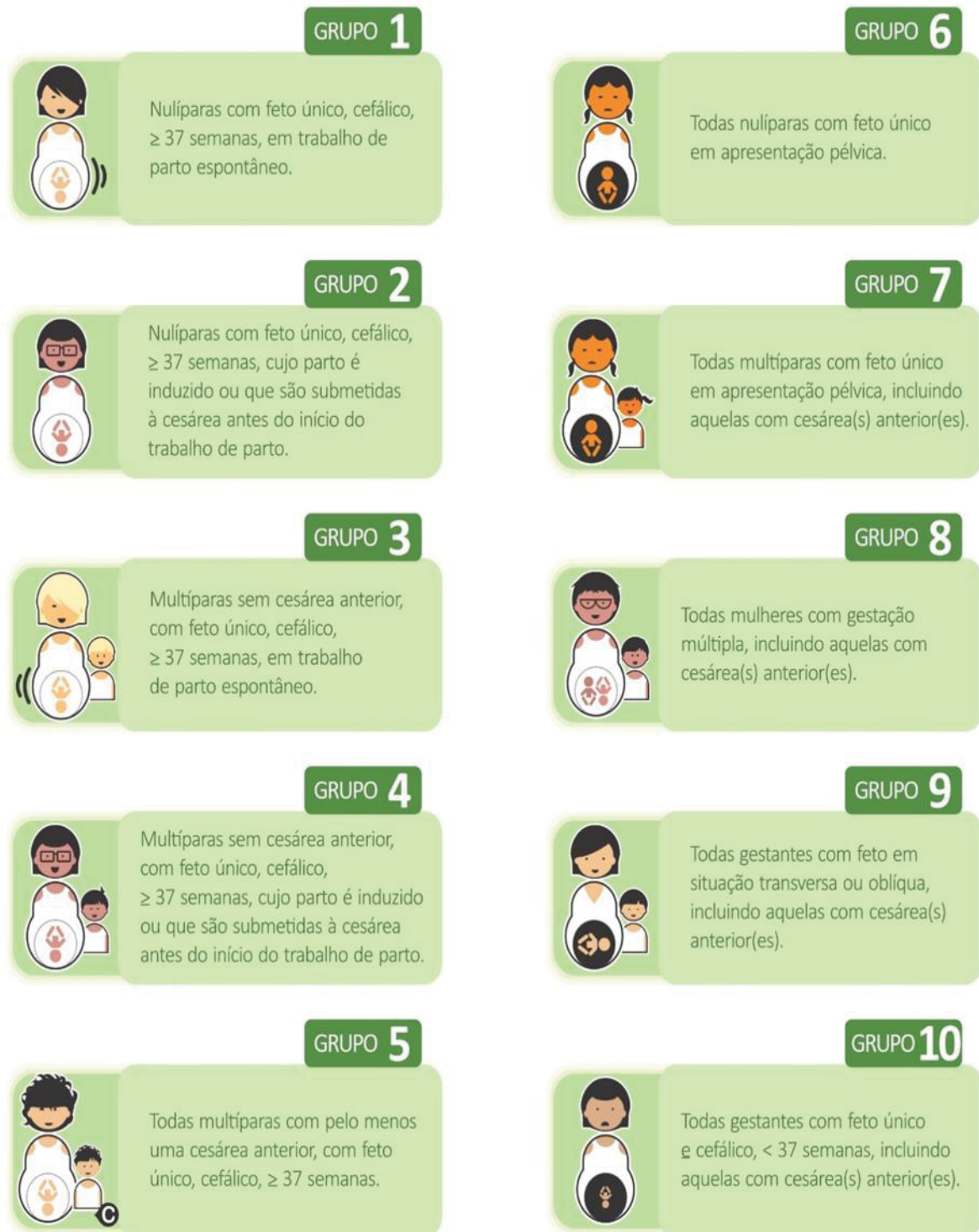
Da mesma forma, Bétran et al. (2009) realizaram um estudo na América Latina, em que aplicaram o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson, e identificaram grupos específicos de mulheres, bem como os principais grupos que contribuíram para a taxa global de cesáreas. Também recomendam que o resultado deve incentivar as autoridades para usar os dados sobre as taxas de cesáreas com esta abordagem inovadora, a fim de maximizar as informações coletadas, disseminar o resultado e pensar em estratégias para a redução das taxas de cesáreas, quando for o caso.

No Brasil, Bonilha et al. (2017) realizaram um estudo em seis hospitais de São Paulo, cuja taxa de cesárea era acima de 35% em 2015, utilizando o Sistema de Classificação de Robson e dados do Sistema Nacional dos Nascidos Vivos (SINASC).

Os autores concluíram que a utilização do sistema proporcionou uma experiência proveitosa e muito rica, e os resultados reafirmaram a necessidade de modificar as práticas assistenciais, reformular protocolos assistenciais e adotar outras estratégias para melhorar a assistência obstétrica no estado.

Na Figura 1 está apresentado o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson, propriamente dito, que foi utilizado na pesquisa para classificar as cesáreas da maternidade de risco habitual.

FIGURA 1 - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DEZ GRUPOS DE ROBSON



Cesárea anterior



Trabalho de parto espontâneo

### 3 MÉTODO

Esta pesquisa trata do tema "Indicações de cesáreas com base na Classificação de Dez grupos de Robson em uma maternidade pública de risco habitual", e foi desenvolvida junto ao grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS), na linha de pesquisa Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná.

Este capítulo trata do método desenvolvido para o alcance dos objetivos desta pesquisa. São apresentados o local, tipo de estudo, escolha do método, amostra, aspectos éticos, coleta e análise de dados.

#### 3.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Curitiba, capital do Paraná, cuja população é de 1.751.907 habitantes. (IBGE, 2010). A instituição participante é uma maternidade de risco habitual, pública, municipal, que atende usuários do SUS.

A maternidade é administrada pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES) desde março de 2013, possui Contrato de Gestão com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS), mantendo o modelo assistencial recomendado pela Rede Cegonha, conforme pactuação, cujo foco é o parto humanizado. Para o acompanhamento e avaliação do serviço prestado possui uma Comissão de Acompanhamento constituída pelos segmentos de gestores, trabalhadores e usuários.

A capacidade instalada da maternidade é de 43 leitos no total, entre os quais 20 são leitos de alojamento conjunto. Mantém o atendimento preferencial às 24 Unidades e Saúde vinculadas a esta maternidade, sendo todas do Distrito Sanitário Bairro Novo, e algumas dos Distritos Sanitários do Pinheirinho, Tatuquara e Boqueirão.

A maternidade atende, preferencialmente, mulheres moradoras da região sul da cidade e, em média, 161 nascimentos ao mês (CMCBN, 2016). Segue as diretrizes assistenciais do Ministério da Saúde e o Plano Municipal da Saúde.

A maternidade é acreditada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) desde 1998. Atua com a assistência humanizada ao parto e nascimento, acolhendo



a mulher e sua família, apoiando os vínculos afetivos familiares e contribui para o bem-estar da mãe e do bebê.

No estudo de Rabelo et al. (2017), as autoras observaram que os direitos das mulheres são assegurados, bem como algumas práticas foram adotadas conforme recomendações da OMS (1996) e das políticas públicas nacionais.

Na pesquisa realizada na mesma maternidade, Rabelo (2015) descreveu o processo de construção do modelo obstétrico na visão dos gestores, a incorporação de práticas conforme as diretrizes da Rede Cegonha e da OMS, bem como a melhoria progressiva dos indicadores da assistência obstétrica no período de 2014/2015.

Na Tabela 6, são apresentados alguns indicadores da assistência obstétrica da maternidade sob estudo (Maternidade A), relativos ao período de 2014/2015), obtidos por Rabelo (2015), e os obtidos no estudo de Rabelo et al. (2017), relativos à coleta de dados junto às três maternidades de risco habitual de Curitiba (A, B e C), em 2014.

TABELA 6 - INDICADORES DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL DE CURITIBA/PR, 2014/2015

INDICADOR	MATERNIDADE	
	A (%)	A, B, C (%)
Taxa de cesáreas	26	45
Taxa de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto	88	18,8
Taxa de episiotomia (OMS > 10%)	15	56,1
Taxa de utilização de ocitocina	38	38,2
Taxa de parturientes em jejum durante o trabalho de parto e parto	32	74,4
Taxa da utilização da manobra de Kristeller	5	37,3
Taxa de parturientes encaminhadas para outro ambiente no período expulsivo	19,4	
Taxa de parturientes submetidas à analgesia	1	31,5

FONTE: LEAL (2014); RABELO (2015).

Como se pode observar na Tabela 6, a taxa de cesárea nas maternidades de risco habitual em Curitiba (maternidades A, B e C) no ano de 2014 foi de 45%, enquanto que na Maternidade A (objeto deste estudo), foi de 25,5%. E as boas práticas recomendadas quanto à presença de acompanhante e ausência de prescrição de jejum durante o trabalho de parto e parto; a diminuição da frequência de episiotomia e de utilização de ocitocina; e encaminhamento da mulher para outro ambiente no período expulsivo apresentam-se mais favoráveis na Maternidade A, do que no conjunto das maternidades de risco habitual do município.

### 3.2 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo que se propõe analisar as indicações de cesárea em uma maternidade pública, de risco habitual. Consequentemente, optou-se por um delineamento metodológico de pesquisa documental retrospectiva, de abordagem quantitativa, utilizando-se de documentos escritos primários.

A pesquisa documental é embasada em documentos escritos ou não, de fontes primárias que podem ser recolhidas concomitantemente à ocorrência do fato ou fenômeno, ou de forma retrospectiva; e ainda, de fontes secundárias transcritas de fontes primárias, contemporâneas ou retrospectivas. (MARCONI; LAKATOS, 2008).

De acordo com o dicionário Houaiss (2008), a palavra documento significa:

1. Declaração escrita, oficialmente reconhecida, que serve de prova de um acontecimento, fato ou estado; 2. Qualquer objeto que comprove, elucide, prove ou registre um fato, acontecimento; 3. Arquivo gerado por processadores de texto.

A análise documental se dá pela busca de informações e dados não submetidos a tratamento analítico, e as fontes são diversificadas e dispersas. (GIL, 2010). Tais documentos são utilizados de acordo com os objetivos da pesquisa como uma fonte estável de dados, de informações, esclarecimentos e provas para desvendar questionamentos. (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANE, 2009).

Nesta pesquisa, os dados foram coletados em prontuários, relacionados às mulheres submetidas à cesárea e aos seus respectivos recém-nascidos. Também foram obtidos dados em livros do Centro Obstétrico, em registros gerenciais e Relatórios do Contrato de Gestão referentes à assistência obstétrica desenvolvida na maternidade, além de dados sociodemográficos e antecedentes obstétricos das mulheres.

A pesquisa tem como referência teórico-metodológica o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson. (ROBSON; HARTIGAN; MURPHY, 2013).

A escolha por este sistema de classificação foi justificada pelo fato de que a OMS realizou uma revisão sistemática sobre estudos que utilizaram esta classificação, e avaliou os prós e contras na sua utilização, como barreiras, facilitadores e adaptações ou modificações propostas pelos usuários desse sistema. Concluiu, propondo o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson como instrumento padrão mais adequado em todo mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas entre os diferentes hospitais. (OMS, 2015).



### 3.3 AMOSTRA

Na pesquisa houve três grupos de participantes. Para o primeiro grupo, os critérios de inclusão foram: mulheres de qualquer idade, em qualquer idade gestacional e em qualquer classificação de risco obstétrico, cujo parto ou cesárea ocorreu na maternidade, unidade de análise desta pesquisa, no período de 1.º de junho de 2015 a 31 de maio de 2016. Os critérios de exclusão foram os relacionados a: parto ocorrido no domicílio, no transporte pelo Serviço de atendimento médico de urgência (SAMU), ou em veículo particular; ocorrência de aborto ou óbito fetal.

Para o segundo grupo, os critérios foram: mulheres de qualquer idade, independente da sua idade gestacional e classificação de risco obstétrico, submetidas a cesáreas. Neste caso os critérios de exclusão foram os relacionados a: mulheres cujas cesáreas ocorreram em outra instituição, e que vieram a internar na maternidade, unidade de análise do estudo, juntamente com o seu recém-nascido; e, prontuários não localizados na maternidade.

Para o terceiro grupo, os critérios de inclusão foram: recém-nascidos vivos por meio de cesáreas que ocorreram no Centro Obstétrico, no período de 1.º de junho de 2015 a 31 de maio de 2016. Neste caso os critérios de exclusão foram: recém-nascidos cujos prontuários não continham registro sobre a assistência pós-parto imediato, ou cujos prontuários não localizados.

A amostragem deste estudo foi intencional, de acordo com os critérios de inclusão de cada grupo de participantes. Para o primeiro momento de coleta de dados trabalhou-se com a população, constituída de todas as 2.052 mulheres cujo parto ou cesárea ocorreu na maternidade, no período de 1.º de junho de 2015 a 31 de maio de 2016.

Para o segundo e terceiro momento de coleta de dados, trabalhou-se com uma amostra de prontuários de 524 mulheres, que representam 99,3% das 528 mulheres submetidas às cesáreas ocorridas no período de 1.º de junho de 2015 a 31 de maio de 2016, que estão computadas no total de partos. E para o quarto momento, trabalhou-se com uma amostra de 523 recém-nascidos, que representam 99% dos nascimentos por cesáreas no mesmo período. No total, foram 2.575 participantes.

### 3.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A coleta de dados ocorreu em novembro de 2016, nas dependências indicadas pela gestão da maternidade. Foram coletados dados de documentos escritos primários. (MARCONI; LAKATOS, 2008).

Dados sobre condições clínicas e assistência obstétrica foram coletados nos prontuários das mulheres submetidas à cesárea, no período de estudo, mediante o instrumento apresentado no Apêndice 1.

Dados sociodemográficos e antecedentes obstétricos das mulheres submetidas a cesáreas no período do estudo, foram coletados em registros gerenciais e prontuários, mediante o instrumento apresentado no Apêndice 2.

Dados sobre as condições ao nascer e os cuidados realizados aos recém-nascidos, foram coletados nos prontuários e registros gerenciais, relativos ao período de estudo, mediante o instrumento apresentado no Apêndice 3.

Dados sobre a assistência obstétrica foram coletados no Contrato de Gestão e registros gerenciais, mediante um instrumento apresentado no Apêndice 4.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR). E por estar de acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 466/12, foi aprovado sob o CAAE n.º 58.045516.5.0000.0102. Posteriormente, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR, para análise de viabilidade, e foi aprovada a sua execução.

Os dados foram coletados em prontuários, Contrato de Gestão da FEAES e em registros gerenciais da assistência obstétrica. Foram utilizados códigos para dados relativos a mulheres (M) e recém-nascidos (N), seguidos de números cardinais segundo a ordem de análise dos dados. Os dados foram coletados mediante autorização da instituição. Não será divulgado o nome da instituição em publicações sem prévia autorização do gestor da maternidade e de sua mantenedora. Os prontuários, registros gerenciais e documentos escritos primários da assistência obstétrica foram disponibilizados pela instituição para a coleta de dados pela pesquisadora, a qual ocorreu na sala de reunião da maternidade.

### 3.6 TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

#### 3.6.1 Dados gerais referentes às mulheres e seus recém-nascidos

Os dados coletados sobre a assistência obstétrica, dados sociodemográficos, condições clínicas e antecedentes obstétricos das mulheres submetidas a cesáreas, e as condições ao nascer e os primeiros cuidados aos recém-nascidos foram organizados em planilhas eletrônicas e submetidos à estatística simples por meio de frequência absoluta e relativa, valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão, conforme o caso; foram descritos e apresentados em tabelas, quadros ou gráficos.

Os resultados foram analisados e discutidos tendo por base a literatura correlata a assistência obstétrica e às Boas Práticas de Parto e Nascimento. (WHO, 1996).

#### 3.6.2 A aplicação do Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson

Os dados sobre as condições clínicas e antecedentes obstétricos submetidas à cesárea na maternidade foram tabelados e distribuídos de acordo com os Dez Grupos da Classificação de Robson, os quais estão descritos na Figura 1. Para cada grupo foram contabilizadas as frequências absolutas e relativas. Os resultados foram descritos e apresentados em tabelas, quadros ou gráficos.

Para orientação da análise e discussão dos resultados da aplicação do Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson, utilizou-se a literatura correlata à cesárea e à utilização deste sistema em outros contextos.

O Quadro 1, apresenta uma síntese dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos, das fontes de dados, das amostras, do tratamento e análise dos dados.

QUADRO 1 - OBJETIVOS DA PESQUISA E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE COLETA, FONTE DE DADOS, TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

OBJETIVO GERAL			
Analisar as indicações de cesáreas considerando antecedentes obstétricos e condições clínicas das mulheres e recém-nascidos em maternidade de risco habitual.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMENTOS	FONTE DE DADOS	TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS
1. Identificar os indicadores da assistência obstétrica relativos aos partos normais e cesáreas ocorridos na maternidade	Pesquisa em documentos escritos primários	Planilhas gerenciais internas e Contrato de Gestão	Tabulação dos dados; análise estatística simples e de frequência relativa e absoluta; discussão à luz da literatura correlata à cesárea e às Boas práticas de parto e nascimento
2. Realizar levantamento das condições sociodemográficas, clínicas e antecedentes obstétricos de mulheres submetidas à cesárea		Planilhas gerenciais internas e prontuários	Tabulação dos dados, análise da frequência relativa e absoluta; elaboração de gráficos e tabelas, e discussão à luz da literatura correlata à cesárea e às Boas práticas de parto e nascimento
3. Classificar as indicações de cesáreas com base no Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson;		Prontuários	Tabulação dos dados; análise da frequência relativa e absoluta; elaboração de tabelas; e cálculo dos indicadores conforme classificação das cesáreas pelo TGCS
4. Levantar as condições de nascimento e cuidados das crianças nascidas mediante cesáreas			Tabulação dos dados, análise da frequência relativa e absoluta; elaboração de gráficos e tabelas/quadros, e discussão à luz da literatura correlata à cesárea e às Boas práticas de parto e nascimento

FONTE: A autora (2017).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados e discutidos os resultados obtidos na maternidade de risco habitual em Curitiba-PR, os quais estão organizados conforme os objetivos propostos na pesquisa: indicadores da assistência obstétrica da maternidade; resultados sociodemográficos e antecedentes obstétricos das mulheres submetidas à cesárea; resultados referentes à Classificação das cesáreas nos Dez Grupos de Robson, incluindo condições clínicas e antecedentes obstétricos; e condições ao nascer e primeiros cuidados aos recém-nascidos, mediante cesárea na maternidade, no período de 1.º de junho de 2015 à 31 de maio de 2016.

A discussão baseia-se em relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS), portarias do Ministério da Saúde (MS) e artigos nacionais e internacionais, correlatos ao tema de pesquisa.

### 4.1 INDICADORES DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DA MATERNIDADE

A humanização do parto inclui a garantia de assistência à maternidade segura, à contracepção e ao aborto. Para que ocorram transformações qualitativas na assistência à mulher é necessário que sejam respeitados os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade e que as práticas sejam continuamente avaliadas, redefinidas ou atualizadas, baseadas nas evidências científicas e nos direitos das mulheres, com a finalidade de assegurar a humanização. (AQUINO, 2014).

No período de junho de 2015 a maio de 2016 ocorreram na maternidade 2.052 nascimentos, com uma média mensal de  $171 \pm 19,6$ . Destes, 1.524 (74,5%) foram mediante partos normais, com uma média mensal de  $127 \pm 14,2$ , e 528 deles ocorreram por meio de cesáreas (25,5%), com uma média mensal de  $44 \pm 10,7$  cesáreas. A taxa média de cesáreas no período foi de  $25,5\% \pm 4,5$ , e a mediana foi 26,2%, o que revela que a média representa com segurança o comportamento da taxa de cesárea na amostra do período do estudo.

No ano de 2016, Curitiba apresentou um percentual de 41,2% de partos normais (9.559 mulheres), e 58,8% de cesáreas (13.644 mulheres) ocorridos em maternidades. (CURITIBA, 2017). Portanto a maternidade sob estudo apresentou uma elevada taxa de partos normais (74,5%) em relação aos resultados de todas as

maternidades do município, fato esperado por se tratar de uma maternidade que atende gestantes de risco habitual.

Algumas práticas assistenciais rotineiras ou impostas às mulheres como tricotomia, infusão de ocitocina, enema, jejum prolongado, são procedimentos adotados pelos profissionais sem a participação delas, assim também pode-se considerar nas cesáreas, as práticas como amarrar as mãos, uso de medicamentos sedativos, postergação do contato pele a pele entre mãe e filho que reforçam a negligência com os aspectos emocionais e ferem a autonomia da mulher. (REIS et al., 2017).

Assim, para permitir a participação ativa da mulher, as ações educativas, a informação sobre os seus direitos, e as práticas de apoio oferecidas durante o processo do pré-natal, parto e nascimento, oportunizam a autonomia das mulheres, e permitem que elas se percebam como sujeitos centrais da sua gravidez e parto, tornando-as ativas nas suas decisões. (REIS et al., 2017).

E, para que efetivamente as mulheres sejam as protagonistas na hora de parir, a Rede Cegonha recomenda as Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, e propõe a priorização destas ações, como também uma assistência humanizada e de qualidade, centrada no bem-estar da mulher, da criança, do pai e da família e, baseada em evidências científicas. (BRASIL, 2011a).

A Portaria SAS/MS n.º 163 de 22 de setembro de 1998 já previa o acompanhamento ao trabalho de parto e parto sem distócia pelo enfermeiro.. E a Resolução COFEN n.º 516/2016 normatiza a atuação e reponsabilidades do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz e aponta, entre as atividades no Art. 3.º, item VII – "Prestar assistência ao Parto Normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido". (COFEN, 2016).

Observa-se na Tabela 7 que o número de partos normais foi de 1.524 sendo 1.037 (68%) realizados pelo enfermeiro obstetra, com média mensal de  $86,4 \pm 17,10$ . Os partos normais realizados por médico obstetra somaram 487 (32%), e a média mensal foi de  $40,5 \pm 8,3$ , que reforça a atuação do enfermeiro obstetra nos partos sem distócia em uma maternidade de risco habitual.

No período de junho/2015 a maio/2016 observou-se que o menor resultado de partos normais realizados pelo enfermeiro obstetra ocorreu no mês de abril/2016 (54,68%) e, o maior percentual em fevereiro/2016 (82%), mantendo-se em todos os demais meses acima de 50%. (TABELA 7).

No estudo realizado na mesma maternidade por Rabelo (2015), relativo ao período de julho de 2014 a julho de 2015, o número de partos normais atendidos pelo enfermeiro obstetra já alcançava, em todos os meses, percentuais iguais ou superiores a 50%, com destaque ao mês de maio de 2015, que chegou a 72%.

Os resultados de ambas as pesquisas correspondem ao que se espera de uma assistência obstétrica à gestante de risco habitual, orientada pelas diretrizes da Rede Cegonha, conforme pactuado com a Secretaria Municipal de Saúde.

Nesta perspectiva, observa-se na Tabela 7, em que estão apresentados os indicadores da assistência obstétrica na maternidade no período estudado, que além do predomínio do parto normal, a taxa média de aleitamento materno é de (76,3%) na maternidade, o que evidencia o esforço da gestão e profissionais para promover a saúde da mulher e da criança em consonância com as políticas públicas.

No estudo de Reis et al. (2014), em uma maternidade de um hospital universitário brasileiro, os autores compararam as variáveis via de parto e risco gestacional em 1.606 partos, ocorridos no período de 9 meses. A taxa de cesárea foi de 38,3%, sendo que 57,8% referiam-se a gestações de alto risco e, 23,7% às de baixo risco.

Os resultados associaram a predominância de indicações de cesárea em decorrência da gravidade das doenças materno-fetais, ao invés de indicações obstétricas. Os autores concluíram que a via de parto, isoladamente, não modificou a chance de um mau resultado materno, contrariando autores que julgavam a cesárea como fator contribuinte desfavorável para a saúde da mulher. Porém, afirmaram que a cesárea pode aumentar a chance de um desfecho desfavorável ao concepto.

TABELA 7 - INDICADORES ASSISTENCIAIS DA UNIDADE OBSTÉTRICA DA MATERIDADE DE RISCO HABITUAL - JUN/2015 À MAIO/2016

INDICADORES	2015						2016						TOTAL	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO
	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio				
Número de nascimentos	168	172	171	177	165	117	163	175	188	172	194	190	2052	171	172	20
Óbitos Fetais	1	2	3	0	0	0	1	0	0	2	1	2	12	1	1	1
Número de Partos Normais	122	134	138	136	119	93	118	131	150	120	128	135	1524	127	129,5	14,2
Número de Cesáreas	46	38	33	41	46	24	45	44	38	52	66	55	528	44	44,5	10,7
Taxa de cesárea (%)	27,3	22	19,3	23,1	27,9	20,5	27,6	25,1	20,2	30,2	34	28,9		25,5	26,2	4,5
Partos normais realizados por enfermeiro obstetra	81	88	103	94	85	58	80	94	123	69	70	92	1037	86,4	86,5	17,1
Partos normais realizados por médico obstetra	41	46	35	42	34	35	38	37	27	51	58	43	487	40,6	39,5	8,3
Domiciliar/via pública/SAMU	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	5	0,4	0	0,9
% de partos normais realizados pelo médico obstetra	36,6	34,3	25,3	30,9	28,6	37,6	32,2	28,2	18	42,5	45,3	31,9		32	32	7,3
% de partos normais realizados pelo enfermeiro obstetra	66,4	65,6	74,6	69,2	71,4	62,37	67,8	71,7	82	57,5	54,6	68,1		68	68	7,3
Taxa de Aleitamento Materno	79	71,8	77,4	83,6	84,2	76,1	82,1	79,4	81,9	81,2	81,3	72,9		76,3	80	11

FONTE: A autora (2016).



Segundo o Protocolo Pré-natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-Nascido do Programa Mãe Curitibana (2012), a classificação do pré-natal quanto ao risco gestacional, em que a mulher deve ser encaminhada aos serviços de alto risco compreende as situações conforme Quadro 2.

QUADRO 2 - SITUAÇÕES EM QUE A GESTANTE DEVE SER ENCAMINHADA AO SERVIÇO OBSTÉTRICO DE ALTO RISCO

ALTO RISCO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestante com toxoplasmose</li> <li>2. Diabetes Mellitus e outras endocrinopatias</li> <li>3. Doença hipertensiva específica da gestação</li> <li>4. Hipertensão arterial crônica</li> <li>5. Nefropatias</li> <li>6. Obesidade mórbida</li> <li>7. Antecedentes de cirurgia bariátrica</li> <li>8. Cardiopatias</li> <li>9. Imunopatias (Lúpus eritematoso sistêmico, e outras colagenoses)</li> <li>10. Gestante HIV positivo</li> <li>11. Uso abusivo de dependência de substância psicoativas (drogas que podem causar dependência)</li> <li>12. Pneumopatias</li> <li>13. Hemopatias</li> <li>14. Epilepsia</li> <li>15. Psicoses e depressão grave</li> <li>16. Infecção urinária de repetição ou episódio de pielonefrite</li> <li>17. Placenta prévia</li> <li>18. Cirurgia uterina anterior (incompetência istmocervical, mais de três cesáreas ou duas cesáreas anteriores com ecodoppler evidenciando acretismo placentário)</li> <li>19. Miomectomia</li> <li>20. Correção de má-formações uterinas</li> </ol>
ALTO RISCO FETAL
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Má formação fetal confirmada</li> <li>2. Macrossomia do concepto com patologias</li> <li>3. Aloimunização RH</li> <li>4. Gestante HIV Positivo</li> <li>5. Gestante com toxoplasmose</li> <li>6. Crescimento intrauterino restrito</li> <li>7. Gemelaridade</li> </ol>

FONTE: CURITIBA (2012)

Além de se considerar as condições de alto risco gestacional e fetal que justificam indicações de cesáreas, para compreender este fenômeno das cesáreas há necessidade de explicitar as condições sociodemográficas, clínicas e de antecedentes obstétricos das mulheres submetidas a este procedimento.

## 4.2 CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES CLÍNICAS E ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DAS MULHERES SUBMETIDAS À CESÁREA

Entre as 528 mulheres submetidas à cesárea no período do estudo foram coletados dados de prontuários de 524 delas (99,3%). Predominaram as mulheres que estão na faixa de 20 a 39 anos, com segundo grau completo ou incompleto (77,3%), sendo que as casadas ou em união estável (50,7%) constituíram aproximadamente 50% da amostra. Os resultados encontram-se no Quadro 3.

QUADRO 3 - CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DE MULHERES SUBMETIDAS A CESÁREAS, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, JUN/2015 A MAIO/2016, CURITIBA-PR (n=526)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA MULHER							
IDADE							
Menor que 20 anos		20 a 39 anos			Acima de 40 anos		
76		441			9		
PERCENTUAL							
14		84			2		
Mínima	Máxima		Média		Desvio padrão		Mediana
15	43		25,98		6,01		25
ESCOLARIDADE							
1.º grau completo	1.º grau incompleto	2.º grau completo	2.º grau incompleto	Superior completo	Superior incompleto	Pós-graduação	Não informado
21	36	283	124	32	25	0	5
PERCENTUAL							
4	6,8	53,9	23,6	6,1	4,7	0	0,9
SITUAÇÃO CONJUGAL							
Solteira	Casada		União estável		Separada		Não informado
248	218		49		3		8
PERCENTUAL							
47,2	41,4		9,3		0,6		1,5

FONTE: A autora (2017).

Entre as mulheres adolescentes, com idade abaixo de 20 anos, o percentual das cesáreas foi de 14% (76) mulheres. Destas, 2% (11 mulheres) com 16 anos; 2% (11) mulheres com idade igual a 17 anos; e, 2,6% (14) mulheres com 18 anos. Já entre 20 anos e 39 anos, observou-se o percentual de 84% (441 mulheres) das cesáreas. As cesáreas ocorridas na faixa de idade igual e superior a 40 anos representaram 2% (9 mulheres).

A predominância de mulheres da faixa de idade entre 20 e 39 anos (84%) se justifica por se tratar de uma maternidade de risco habitual. O fato de que somente 14% das cesáreas corresponderam a mulheres com idade inferior a 20 anos e,

destas 5,8% (22) mulheres com idade entre 15 e 17 anos é relevante para a gestão da maternidade, uma vez que a segunda maior causa de mortes entre adolescentes de 15 a 19 anos no mundo é a gravidez e as complicações na hora do parto. (WHO, 2014). Para que as adolescentes recebam assistência obstétrica segura e de qualidade em uma maternidade de risco habitual, suas condições clínicas e do concepto necessitam estar apropriadas para o parto e nascimento nesta instituição.

Nesta perspectiva, Azevedo et al. (2015) esclarecem que os riscos para a adolescente e seu concepto podem ser reduzidos por meio de fatores protetores, o que evidencia que nem toda gravidez neste período é de alto risco obstétrico.

Em 2012 observou-se que entre as mães brasileiras que completaram o ensino fundamental (menos de sete anos de estudo) houve maior concentração de mulheres com menos de 20 anos. Já entre as mulheres com níveis de escolaridade mais alto (12 anos ou mais de estudo), o nascimento do primeiro filho aconteceu com maior frequência após a mãe completar 30 anos ou mais de idade. (BRASIL, 2014c).

No estudo realizado por Gama et al. (2014) no Brasil, em base de dados hospitalar, entre 2011 e 2012, os resultados evidenciaram que 40% das primíparas adolescentes tiveram seus filhos por cesárea. Fatores socioeconômicos como escolaridade, falta de trabalho remunerado, preferência pela cesárea já no início da gestação e assistência recebida no pré-natal e parto foram determinantes para que ocorresse a cesárea. O estudo ressalta que com maior número de consultas no pré-natal a adolescente ficou exposta a maiores chances de ter a cesárea como via de parto, influência que pode ser em decorrência do profissional que realiza a consulta no pré-natal.

Quanto à escolaridade, a maioria das mulheres (407), que corresponde a 77,5%, possuía o 2.º grau completo ou incompleto, e 6% (32) delas tinham nível superior completo.

Já no estudo de Leal (2014), nas maternidades de baixo risco do SUS em Curitiba, houve o predomínio de mulheres que concluíram o ensino médio (35,8%) e das que tem ensino fundamental incompleto (27,4%).

Estudo realizado em Campina Grande, Paraíba mostrou que a condição da escolaridade materna está diretamente associada ao tipo de parto, tendo ocorrido a cesárea com mais frequência entre as mulheres com maior escolaridade (55,7%). (PEDRAZA, 2016).

Segundo estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, a baixa escolaridade influenciou tanto na utilização dos serviços de saúde quanto na não realização do pré-natal na população menos favorecida. (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

A baixa escolaridade, o abandono da escola, a primeira relação sexual inferior a 15 anos, a baixa autoestima, a história materna de gravidez na adolescência, o uso de drogas, e a falta de conhecimento e de acesso aos métodos contraceptivos ou seu uso inadequado são alguns fatores de risco que podem influenciar para a gravidez na adolescência. (AZEVEDO et al., 2015). Além da escolaridade há outros fatores como a ausência de pouca ou nenhuma informação sobre sexualidade e métodos contraceptivos, falta de acesso aos serviços de saúde e uso de drogas ilícitas por familiares, que poderão ter relação direta com a frequência à escola e as informações recebidas sobre o assunto. (CORDEIRO; BONFIM, 2011).

O nível de escolaridade da mulher está ligado a capacidade de entender melhor as informações e de ter condições de autocuidar-se e, conseqüentemente sofrer menos influência de familiares, nos cuidados com ela e com o bebê. (TREVISAN et al., 2002).

Na presente pesquisa, as 267 mulheres casadas ou em união estável representaram (50,9%), e as mulheres que não possuíam companheiro, solteiras ou separadas, totalizaram 251 (47,6%). Leguizamon Junior, Steffani, Bonamigo (2013) em estudo realizado em um serviço público de Santa Catarina, observaram que ao serem entrevistadas quanto a preferência pela via de parto, 85 (74%) das mulheres casadas ou em união estável, referiram a preferência pelo parto normal. E a maioria (60%) das mulheres solteiras demonstraram preferência pela cesárea. Ao serem questionadas se seu médico as influenciou na escolha pela via do parto, a maioria das mulheres respondeu que não se deixou influenciar.

Independente do estado civil, destaca-se que durante o pré-parto, parto e nascimento, a presença do acompanhante proporciona a mulher bem-estar físico e emocional, e favorece uma boa evolução durante todo o processo de parturição. (GOMES et al., 2014). O direito ao acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, incorpora os princípios do SUS como a integralidade do cuidado, universalidade, equidade e humanização. A mulher se sente mais segura e confortável durante todo o processo com a presença de um acompanhante de sua escolha, pois permite que ela expresse seu medo, seus anseios, sua dor e sua experiência do parto. (DINIZ et al., 2014).

Muitos homens demonstram interesse em participar do momento da gestação, parto e nascimento e puerpério imediato, e os benefícios podem ser demonstrados no momento em que vem à tona a emoção da participação, porém há vários obstáculos a serem vencidos e que deixam os homens afastados deste contexto. Incentivá-los a participar deste processo colabora no bem-estar biopsicossocial da mãe, bebê e até mesmo do homem. Justifica-se, portanto, a importância de resgatar o tema da paternidade nas ações desenvolvidas pela atenção primária, dialogando de maneira sensível, incentivando a participação do pai ativamente em todo o processo, desde o pré-natal até o puerpério. (HERRMANN, 2016).

Em estudo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com pais que estiveram acompanhando a mulher durante o processo gravídico puerperal, os autores relataram sobre a importância do apoio emocional nesta fase, e que a presença no momento do parto e nascimento oferece segurança, carinho e conforto a mulher, além de acalmá-la no momento das contrações uterinas. O acompanhamento oportuniza o vivenciar o nascimento do filho e é fundamental para a formação do vínculo pai-filho. (PREDOMINI; BONILHA, 2011).

Já em um hospital português, Nogueira e Ferreira (2012) realizaram uma pesquisa com 222 pais, entre 17 e 51 anos. Observaram que a ligação emocional do pai com o bebê é menor quando a idade é inferior a 25 anos ou superior a 40 anos, e, é maior quando o pai leu ou procurou informações sobre o desenvolvimento do feto e quando se envolveu mais na gravidez.

Estudo realizado por Diniz et al. (2016) na região sudeste do Brasil sobre desigualdade sociodemográfica e na assistência à maternidade, demonstra que há uma redução dessas desigualdades com diminuição das disparidades raciais, maior acesso aos serviços de saúde, aumento no número de consultas e mais acesso aos exames, com exceção para as mulheres negras.

Na próxima sessão apresentam-se os antecedentes obstétricos das mulheres submetidas às cesáreas em que questões relativas ao acesso à maternidade e ao número de consultas de pré-natal são abordadas além de gestações, partos anteriores e idade gestacional.

### 4.3 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Considerando o total de 526 mulheres submetidas a cesárea, evidenciou-se que o acompanhamento pré-natal da maioria (94%) foi realizado em Unidades Básicas de Saúde às quais a maternidade é referência. Entre estas, destacam-se as do **Distrito Sanitário Bairro Novo**: Unidades de Saúde Bairro Novo; Coqueiros; João Cândido; Nossa Senhora Aparecida; Osternack; Parigot de Souza; Salvador Allende; Sambaqui; Umbará; São João Del Rey; **Distrito Sanitário Pinheirinho**: Unidades de Saúde Maria Angélica; Vila Machado; Sagrado Coração; **Distrito Sanitário Boqueirão**: Unidades de Saúde Érico Veríssimo; Eucaliptos; Irmã Tereza Araújo; Jardim Paranaense; Menonitas; São Pedro; Visitação; Waldemar Monastier; Xaxim; Pantanal; **Distrito Sanitário Tatuquara**: Caximba; Dom Bosco; Palmeiras e outros **Distritos ou cidades**: Unidades de Saúde Ouvidor Pardiniho; Santa Efigênia; São Domingos; São Miguel; Santa Quitéria; Tancredo Neves; Vila Sandra; Vitória Régia; Concórdia; Osvaldo Cruz; Vila Verde; Medianeira; e Guaratuba. Entretanto, identificou-se que 31 (6%) das mulheres foram transferidas de vínculo de outra maternidade para a maternidade em estudo.

As Unidades de Saúde primeiramente realizam a Classificação do risco obstétrico, vinculando a mulher conforme sua necessidade de assistência. Porém, a avaliação do risco deve ocorrer em toda consulta do pré-natal, podendo a gestante retornar a Unidade Básica de Saúde (UBS) para a realização do pré-natal independente do mês de gestação, ou ser encaminhada ao serviço de alto risco, considerando seu quadro clínico, e sempre ser monitorada pela equipe da unidade, independente do risco obstétrico. (CURITIBA, 2012).

Segundo o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Curitiba, para o encaminhamento da gestante às maternidades são considerados o número de maternidades prestadoras de serviços ao SUS, a capacidade instalada de cada instituição e o local de origem da gestante. (CURITIBA, 2012).

Assim, justifica-se o motivo pelo qual a maioria das mulheres nesta pesquisa tiveram sua vinculação na maternidade, tendo em vista o seu risco obstétrico, o perfil da maternidade e a assistência obstétrica realizada conforme o grau de risco. Contudo, outros fatores mantêm esta vinculação oficial, a exemplo da escolha pela área geográfica que favorece o deslocamento.

A maioria (98%) das mulheres compareceu a mais de seis consultas, e 2% até seis consultas (resultado do meu estudo). Tal resultado corresponde ao preconizado

pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) para uma gestação a termo. (BRASIL, 2002). E, para que se consiga melhorar os indicadores de saúde na área materno infantil, faz-se necessário aprimorar o pré-natal, pois estes indicadores estão diretamente ligados à adequada atenção da mulher no período gestacional, tratamento, e redução dos fatores de risco. (DOMINGUES et al., 2012).

Para que a mulher se sinta acolhida em todo o período gestacional e segura na hora do parto, os profissionais de saúde precisam considerar a história de vida, sentimentos e ambiente em que ela vive, procurando estabelecer vínculo e respeitando a individualidade, uma vez que o emocional no período da gravidez, parto e puerpério passa por grande transformação psíquica. Assim, com o estabelecimento de uma relação de confiança, a mulher se sentirá mais segura e confiante durante o estado de gravidez e na hora do parto e nascimento do seu filho, oportunizando um melhor preparo físico e psicológico para o momento do parto. (BRASIL, 2006).

Nesta pesquisa foram identificadas primíparas (47%) e múltiparas (53%) entre as que se submeteram à cesárea. Entre as múltiparas, 55% internaram para o segundo parto e 45% internaram para o terceiro parto ou mais.

Quanto à idade gestacional, evidenciou-se que a maioria (55%) das mulheres internaram entre 38 a 39 semanas de gestação 38%, entre 40 semanas ou mais, e apenas 4,2% estavam com menos de 37 semanas de gestação, resultados que se justificam por ser uma maternidade de risco habitual.

No Brasil em 2012, 12,5% dos nascimentos, independentemente de ser parto normal ou cesárea, ocorreram com idade gestacional abaixo de 37 semanas, com pequenas variações entre as regiões brasileiras, sendo mais expressivo o nascimento na 38.<sup>a</sup> semana de gestação na região norte (19%), e nas demais regiões 24%. (BRASIL, 2014c).

Entretanto a Resolução do CFM n.º 2.144 de 17 de março de 2016 recomenda, no seu artigo 20, que quando a cesárea é realizada a pedido de uma gestante nas condições de risco habitual, esta somente poderá ser realizada a partir da 39.<sup>a</sup> semana de gestação, e com o registro do pedido no prontuário.

Os dados das informações obstétricas das participantes estão detalhados no Quadro 4.

QUADRO 4 - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DAS MULHERES SUBMETIDAS À CESÁREA, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, JUN/2015 A MAIO/2016, CURITIBA-PR (n= 526)

UNIDADES VINCULADAS À MATERNIDADE			
Sim		Não	
495 (94%)		31(6%)	
NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ NATAL			
Até 6 consultas		Mais que 6 consultas	
10 (2%)		516 (98%)	
GESTAÇÕES			
Uma	Duas		Três ou Mais
246 (47%)	154 (29%)		126 (24%)
PARTOS ANTERIORES À ADMISSÃO			
Nenhum		Um ou mais	
246 (47%)		280 (53%)	
IDADE GESTACIONAL			
Abaixo de 37 semanas	38 à 39 semanas	40 semanas ou mais	Sem registro
22 (4,2%)	289 (55%)	200 (38%)	15 (2,8%)

FONTE: A autora (2017).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de uma região favorece o exercício da autonomia, que pode influenciar na decisão da via de parto por gestantes e obstetras. (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

Assim informações sobre os antecedentes obstétricos e as condições sociodemográficas das mulheres são relevantes para traçar o perfil das mulheres. E, adicionadas às informações clínicas podem contribuir para explicitar o fenômeno das cesáreas e classificá-las de acordo com os diferentes grupos que podem ser constituídos. Assim, na próxima sessão são apresentados os resultados da Classificação de Dez Grupos de Robson na maternidade, tendo por base estas informações.

#### 4.4 CLASSIFICAÇÃO DAS CESÁREAS PELO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DEZ GRUPOS DE ROBSON

A taxa de cesárea no Brasil é considerada uma das mais altas do mundo, alcançando 56,7% em 2013. (BRASIL, 2014c).

Nas taxas de cesárea devem ser consideradas as características de comportamentos da região, pois um centro de referência para atendimento a gestantes de risco intermediário e alto risco é diferente de um centro de referência para baixo risco obstétrico. (VERÍSSIMO et al., 2013). E para que a cesárea seja uma opção médica, é necessário que haja uma indicação médica, com provável risco relativo



maior e com desfecho desfavorável para a mulher ou o bebê ou a ambos, certificando-se de que as informações estejam disponíveis para justificar o uso da indicação. (ROBSON; HARTIGNAN; MURPHY, 2013).

A média de cesárea foi de 25,5% (n= 528) no período de 1.º de junho de 2015 a 31 de maio de 2016 (TABELA 7), acima da recomendada pela OMS que é de até 15% (OMS, 1996) e, inferior à média nacional (56,7%). (BRASIL, 2014c). Porém, recomenda-se que as cesáreas devem ser realizadas quando necessárias de modo a promover a saúde da mulher e do feto, e não com vistas a atingir uma taxa específica recomendada. (OMS, 2015).

Nos estudos nacionais que se encontram no Quadro 5, a faixa variou entre 25,5% e 90,8%. E nos estudos internacionais que estão apresentadas no Quadro 6, a taxa de cesárea variou entre 21,4% e 42,5%.

Destaca-se que no hospital atípico, de risco habitual há o estímulo ao parto normal (TORRES et al., 2014), e a taxa de cesárea foi de 42,5%, muito superior aos 25,5% encontrado na maternidade de risco habitual, analisada nesta pesquisa. Já no estudo Nascer no Brasil, a taxa de cesárea foi de 51,9%. Porém, se considerar somente as cesáreas de risco habitual a taxa de cesárea reduziu para 45,5%. (LEAL et al., 2014).

No Brasil, a partir dos anos 80 a discussão médica sobre a prática da cesárea tem ido além dos critérios de indicação clínico-obstétricos, perpassando pelas questões da qualidade da indicação e do momento oportuno para a sua realização, sendo o parto controlado pelo médico e não pelo corpo da mulher ou pela natureza, devido a ser um procedimento rápido, simples e controlável. E, o despreparo de alguns profissionais no acompanhamento do parto normal contribui para o aumento das taxas de cesáreas no Brasil. (NAKARO; BONAN; TEIXEIRA, 2016).

No estudo de Leguizamon Junior, Steffani e Bonamigo (2013), os resultados evidenciaram que ao serem questionados pela preferência da via de parto, os médicos demonstraram preferência pela cesárea, mas em condições que justificavam a indicação. Porém, se a mulher solicitasse cesárea, seria atendida. E estes mesmos profissionais, ao serem indagados sobre a indicação da via de parto às suas esposas, ou se o profissional obstetra fosse mulher e se questionasse sobre a escolha da via do seu próprio parto, em todos os casos a indicação do parto normal correspondeu a 100%.

QUADRO 5 - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS DEZ GRUPOS DE ROBSON – ESTUDOS REALIZADOS NO BRASIL

CLASSIFICAÇÃO DOS DEZ GRUPOS DE ROBSON	ESTUDOS REALIZADOS NO BRASIL				
Autores	TORRES et al. (2014)		FERREIRA et al. (2014a)	FERREIRA et al. (2014b)	KINDRA (2017)
Artigo	Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal		Robson Ten Group Classification System applied to women with severe maternal morbidity	The use of the Robson Ten Group Classification System to appraise deliveries at a tertiary referral hospital and its association with severe maternal morbidity	Análise das indicações de cesáreas com base na Classificação de Dez Grupos de Robson em uma maternidade pública de risco habitual
Local de realização da pesquisa	Atípico (Hospital Amigo da Criança com equipes de plantão e trabalho colaborativo entre enfermeiros obstetras e médicos na atenção ao parto)	Típico (Modelo de atenção padrão)	27 unidades obstétricas no Brasil com morbidade materna grave	Hospital da Mulher (CAISM). Campinas -Brasil. Estudo comparativo com morbidade materna severa num hospital terciário	Maternidade pública, risco habitual, Curitiba-PR
Amostra/período	13 hospitais da região sudeste do Brasil. Período: 2011/2012. Análise de 1.664 puérperas e seus conceitos.		7.247 mulheres. 5308 cesáreas no período de 2009	12.771 mulheres, no período de janeiro 2009 a julho 2013. 5.957 cesáreas	528 cesáreas, no período de junho/2015 à maio/2016.
	TAXA DE CESÁREA/TAXA DE PARTOS NORMAIS		TAXA DE CESÁREA/TAXA DE ARTOS NORMAIS	TAXAS DE CESÁREAS	TAXAS DE CESÁREAS
Grupo 1	5,7-10,5	8,3-1,7	7,1	15,9	14,5
Grupo 2	13,3-11,8	37,1-1	19,4	17,6	25,7
Grupo 3	0,8-8,8	1,6-3,9	2,1	3,6	5,1
Grupo 4	2,9-12	5,3-1,1	5,3	6,3	12
Grupo 5	15-4,3	26,1-0,1	14	27,3	30
Grupo 6	2,5-0	1,2-0	3,5	4,8	6,1
Grupo 7	1,9-0,2	1,3-0	4,4	4	3,2
Grupo 8	1,7-0	1,6-0,1	4,6	4,5	0
Grupo 9	0,4-0	0,2-0	1,4	0,5	0,5
Grupo 10	3,4-4,1	7,4-1,2	38,2	15,5	2,7
					(1)0,2
TOTAL	100	100	100	100	100
TAXA DE CESÁREA	47,8	90,8	73,24	46,6	25,5

FONTE: A autora (2017).

(1) Não classificadas em nenhum grupo devido ausência de dados.

QUADRO 6 - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS DEZ GRUPOS DE ROBSON – ESTUDOS INTERNACIONAIS

CLASSIFICAÇÃO DOS DEZ GRUPOS DE ROBSON	ESTUDOS INTERNACIONAIS				
Autores	BETRAN et al. (2009)	VERÍSSIMO et al. (2013)	KELLY et al. (2013)	ROBSON; HARTIGNAN; MURPHY (2013)	ALMEIDA et al. (2014)
Artigo	Who Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America: classifying caesarean sections	Implementation of 10-Group Classification System: understanding caesarean section	Examining Caesarean Section Rates in Canada Using the Robson Classification System	Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate	Análise da taxa de cesarianas e das suas indicações utilizando a classificação em dez grupos
Local de realização da pesquisa	Estudo realizado em 8 países com Maternidade da America Latina	Estudo realizado num hospital com atendimento perinatal diferenciado, nível II	Estudo realizado nas províncias do Canadá (Colúmbia Britânica, Alberta, Ontário, Nova Escócia e Terra Nova e Labrador). Período: 2007-2008 a 2010-2011	National Maternity Hospital, Dublin, Ireland	Centro Hospitalar do Porto
Amostra/período	97.095 mulheres grávidas. Período: 2004-2005	Período: outubro de 2008	Período: 2007-2008 e 2010-2011	Amostra: 9250 mulheres. Período: 2011	Amostra: 318 mulheres. Cesáreas analisadas somente dos grupos 1, 2, 5. Período: janeiro/fevereiro e junho/julho de 2011
Grupo 1	18,2	24,7	23,6	25,8	62 (15,8%)
Grupo 2	15,2	22,8	13,1	14,8	111 (28,3%)
Grupo 3	9	8,9	26,3	29,7	
Grupo 4	8,3	8	10	9,4	
Grupo 5	26,7	21	11,3	10,1	109 (27,8%)
Grupo 6	3,7	3,5	2,1	2,4	
Grupo 7	4,4	4	1,7	1,4	
Grupo 8	2	1,2	1,8	2,3	
Grupo 9	3,9	0,7	0,7	0,4	
Grupo 10	8,6	5,2	5,6	3,6	36 (9,2%)
			(1)3,8		
TOTAL	100	100	100	100	
TAXA DE CESÁREA	35,4	42,5	28,5	21,4	34,5

FONTE: A autora (2017).

(1) Cesáreas não classificadas em nenhum grupo devido a ausência de dados.

Nesta pesquisa do total de 528 cesáreas realizadas no período de 1.º de junho de 2015 a 31 de maio de 2016 foram avaliados 524 prontuários quanto ao Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson. (TABELA 8).

Constatou-se o predomínio de mulheres submetidas às cesáreas classificadas nos Grupos de 1 a 5 (87,4%), relativos a gravidez a termo com gestações unifetais e feto em posição cefálica. (TABELA 8).

Houve predomínio do Grupo 5, representando 30% (157 mulheres), relativo a mulheres com histórico de cesárea anterior. Este resultado se explica pela diminuição das provas de trabalho de parto em mulheres com cesáreas prévias por existir um baixo risco de rotura uterina no parto vaginal após cesárea. Porém não é impeditivo oferecer à mulher a possibilidade de parto normal, uma vez que a incisão cirúrgica teve lugar num segmento uterino formado, que envolve menos músculo contrátil. (ALMEIDA et al., 2014). Este grupo é heterogêneo, no qual é possível a inclusão de mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores, mulheres com ou sem partos vaginais anteriores e cesáreas eletivas ou após trabalho de parto induzido ou espontâneo.

Em segundo lugar, as mulheres do Grupo 2 (25,7%, n=135), nulíparas com feto único, apresentação cefálica,  $\geq 37$  semanas, cujo parto foi induzido ou que foram submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto.

O Grupo 1, de nulíparas com feto único, apresentação cefálica,  $\geq 37$  semanas, em trabalho de parto espontâneo, foi o terceiro grupo mais predominante, representando 14,5% (76) das mulheres submetidas a cesáreas.

Entretanto, é necessário investigar por que nulíparas que entraram em TP espontâneo na maternidade (14,5%) foram submetidas à cesárea, constituindo o terceiro grupo mais prevalente

Os Grupos 1 e 2 somados representaram 40% das cesáreas. Importante observar que a predominância nestes grupos pode levar as mulheres a aumentarem futuramente o Grupo 5, em que geralmente há uma predominância maior. (VERÍSSIMO et al., 2013).

Os Grupos 1 e 3 corresponderam a 103 mulheres (19,6%). Estes grupos são mais prevalentes pois é o desfecho normal de uma gravidez e o Grupo 3 deveria ter uma menor taxa de cesáreas. (VERÍSSIMO et al., 2013).

TABELA 8 - CLASSIFICAÇÃO DE MULHERES SUBMETIDAS A CESÁREA PELO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DEZ GRUPOS DE ROBSON, EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, JUN/2015 A MAIO/2016 (n=524)

CLASSIFICAÇÃO DOS DEZ GRUPOS DE ROBSON	NÚMERO ABSOLUTO DE CESÁREAS POR GRUPO	TAXA DE CESÁREA EM CADA GRUPO (%)	CONTRIBUIÇÃO DE CADA GRUPO PARA A TAXA DE CESÁREA (%)
GRUPO 1 - nulíparas com feto único, cefálico, $\geq 37$ semanas, em trabalho de parto espontâneo	76	14,5	3,7
GRUPO 2 - nulíparas com feto único, cefálico, $\geq 37$ semanas, cujo parto é induzido ou são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto.	135	25,7	6,5
GRUPO 3 - multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, $\geq 37$ semanas, em trabalho de parto espontâneo.	27	5,1	1,3
GRUPO 4 - multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, $\geq 37$ semanas, cujo parto é induzido ou são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto.	63	12	3
GRUPO 5 - todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, $\geq 37$ semanas.	157	30	7,7
GRUPO 6 - todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica.	32	6,1	1,5
GRUPO 7 - todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es).	17	3,2	0,9
GRUPO 8 - todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es).	0	0	0
GRUPO 9 - todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es).	3	0,5	0,1
GRUPO 10 - todas gestantes com feto único e cefálico, $< 37$ semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).	14	2,7	0,6
TOTAL	524	<sup>(1)</sup> 0,2	
TAXA DE CESÁREA		100	25,3 25,5

FONTE: A autora (2017).

(1) Não classificadas em nenhum grupo devido ausência de dados.

O predomínio dos grupos 1, 2 e 5 também foi identificado em outros estudos: em Portugal (VERÍSSIMO et al., 2013; ALMEIDA et al., 2014; na América Latina (BETRÁN et al., 2009); e no Brasil (TORRES et al., 2014; FERREIRA et al., 2014a; FERREIRA et al., 2014b).

No estudo de Veríssimo et al. (2013), em Portugal, em um hospital de nível II com apoio perinatal diferenciado, num total de 425 cesáreas pesquisadas, os Grupos de 1 a 5 (363) corresponderam a 85,4% das cesáreas e os grupos 6 a 10 a 14,59% (62), com predomínio nos grupos 1(24,7%), 2(22,8%) e 5(20,9%). Foram os mesmos grupos identificados como prevalentes na presente pesquisa.

No estudo realizado por Betrán et. al. (2009), em 8 países com uma amostra de 92.095 mulheres no período de 2004-2005 na América Latina, a taxa global de cesárea é de 35,4%. Houve predomínio do Grupo 1 (18,2%), Grupo 2 (15,2) e Grupo 5 (26,7%). No Grupo 1, entre os países analisados o Brasil, apresentou uma contribuição relativa de 14%. parei aqui

No estudo de Chong, Su e Biswas (2012), ao aplicarem a Classificação de Robson em um hospital de Singapura, os autores identificaram o Grupo 5 como o maior contribuidor para as taxas de cesáreas. Os autores sugerem que sejam tomadas medidas para a redução das cesáreas e aumento de partos vaginais, principalmente nos Grupos 1 e 2, pois estes grupos implicam, no futuro, na redução do número de mulheres grávidas com histórico de cesáreas anteriores, que é o Grupo 5.

Em estudo brasileiro, Torres et al. (2014) encontraram em uma maternidade com modelo de atenção tradicional que presta assistência ao risco habitual, intermediário e alto risco, o predomínio dos Grupos 2, 5 e 1, e taxa de cesárea de 90,8%.

Segundo Robson, Hartignan e Murphy (2013), para se controlar as taxas de cesáreas com segurança, os grupos 1, 2 e 5 precisam ser analisados, já que há geralmente concentração maior destes procedimentos nestes grupos. Para os autores tais grupos contribuem para cerca de 2/3 da taxa total de cesárea, e entre estes o Grupo 5 é o que mais contribui. Tais estudos corroboram o resultado desta pesquisa.

No Estado de Minas Gerais, em uma amostra de 2.118 mulheres, Ferraz (2015) identificou uma taxa de cesárea de 36,4% (337), sendo o Grupo 5 o de maior contribuição para a referida taxa, com 13% das indicações de cesáreas.

As questões-chave para prevenir a cesárea concentram-se: no Grupo 1, reduzindo-se a incidência de distócia ao conseguir uma ação uterina eficiente; no Grupo 2, limitando-se a incidência de indução e cesárea no pré trabalho de parto; e, no Grupo 5, encorajando-se as mulheres submetidas à cesárea anterior a aguardarem o trabalho de parto espontâneo. (ROBSON; HARTIGNAN; MURPHY, 2013).

Outras análises podem ser consideradas. O Grupo 3 foi constituído por 27 mulheres (5,1%), e foi o que apresentou menor taxa de cesárea entre os grupos 1 e 5. Este dado é bastante favorável porque múltiparas, sem cicatriz uterina prévia e TP espontâneo devem evoluir naturalmente para o parto normal.

No estudo de Kelly et al. (2013) no Canadá, nos períodos de 2007-2008 e 2010-2011, observam-se os Grupos 3, 1 e 2 como os de maior prevalência, e a taxa

de cesárea de 28,5%, próxima a encontrada nesta pesquisa na maternidade de Curitiba (25,5%). Também nota-se que cerca de 64% dos nascimentos, e em todos os anos pesquisados (2007-2008 e 2010-2011), o grupo que mais contribuiu relativamente à taxa de cesárea foi o Grupo 3 (26,3%).

Já no estudo de Robson, Hartignan e Murphy (2013), o autor encontrou uma taxa de cesárea de 21,4% em um total de 9.250 nascimentos na Irlanda, com predomínio das cesáreas nos Grupos 1, 2 e 3.

Por sua vez, os Grupos 2 e 4 somaram nesta pesquisa 198 mulheres, o que correspondeu a 37,7% do total de cesáreas. Nestes grupos concentram-se os trabalhos de parto induzidos de nulíparas e multíparas, ou as cesáreas eletivas antes do início do trabalho de parto. Nesta perspectiva, autores afirmam, que um fator de risco para a evolução da cesárea é a indução do trabalho de parto. (VERÍSSIMO et al., 2013).

No estudo nacional de Ferreira et al. (2014a), realizado em 27 unidades obstétricas de referência somente para atenção terciária e com morbidade materna grave, os resultados evidenciaram predominância dos Grupos 2, 1 e 4 e a taxa de cesárea foi de 73,24%.

Na presente pesquisa, os demais grupos de número 6 a 10 foram classificadas 66 (12,5%) mulheres. E a soma das taxas de cesáreas dos grupos 6 a 10 (12,5%) correspondem a 3,1% da taxa global de cesárea na maternidade (25,5%), enquanto que soma das taxas de cesáreas dos grupos de 1 a 5 representam 87,3% desta taxa.

Nos grupos de 6 a 10 são incluídas mulheres que em princípio não deveriam ser atendidas em maternidades de risco habitual, por envolverem, por exemplo, situações como mulheres nulíparas ou multíparas, com feto em apresentação pélvica, em situação transversa ou oblíqua, gravidez múltipla, e idade gestacional inferior a 37 semanas.

Os grupos 6 e 7, relativo a mulheres cujos fetos encontram-se em apresentação pélvica, elevam o número de cesáreas. No estudo houve 49 mulheres classificadas nestes grupos, representando uma taxa de cesárea de 9,3%. Estes grupos não são, prioritariamente, os que podem reduzir a taxa global de cesárea, considerando a experiência na atenção ao parto pélvico. (VERÍSSIMO et al., 2013).

No Grupo 8 não houve nenhuma mulher assistida na maternidade no período da pesquisa. Segundo o Protocolo Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao



recém-nascido do Programa Mãe Curitibana (2012), gemelaridade é caracterizado como alto risco fetal e necessita de acompanhamento de referência de alto risco, o que justifica o resultado, uma vez que a maternidade em estudo é referência para baixo risco.

Houve poucas classificadas no Grupo 9 (0,5% / 3 mulheres). Trata-se de mulheres com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es). Segundo Veríssimo et al. (2013), neste grupo a taxa de cesárea deve ser de 100%. No Grupo 10, foram incluídos os partos pré-termos e a taxa de cesárea foi de 2,7%, que corresponde a 14 gestantes, conforme apresentado na Tabela 8. Estas deveriam ser atendidas em maternidades de alto risco.

A ideia de se dar maior autonomia a mulher para decidir quanto a via de parto tem se ampliado progressivamente. A cesárea a pedido, embora não considerada na maioria das instituições parece ser o motivo de indicação mais frequente. (BRASIL, 2011a). Este pode ser o motivo de que mulheres que entraram espontaneamente em trabalho de parto (grupos 1 e 5) venham a ter como desfecho uma cesárea. Nesta perspectiva, destaca-se o papel decisivo do médico e do enfermeiro de informantes sobre os riscos da cesárea à mãe e ao feto. Ademais, esta ação pode contribuir para evitar a primeira cesárea e também, as posteriores.

No estudo realizado por Ferreira et al. (2014a) em que foi aplicado o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson, o autor observou que conforme aumentou a gravidade da população obstétrica, aumentou proporcionalmente os pacientes pertencentes ao Grupo 10 e uma diminuição do Grupo 3 e do Grupo 1.

Autores realizaram estudo em 29 países, num total de 359 hospitais, que incluiu 314.623 mulheres entre 1.º de maio de 2010 e 31 de dezembro de 2011. Utilizaram o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson em uma ferramenta denominada *MODEL C*, para analisar e estabelecer as relações das características maternas e das cesáreas. Foram comparadas as taxas de cesáreas em diferentes populações e instituições, com a aplicação de modelos econométricos dinâmicos para avaliar os determinantes das taxas de cesáreas nos países desenvolvidos e identificar necessidades de ajustes para o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson, com análise clínica e variáveis sociodemográficas para comparações da mulher e do feto nos diferentes hospitais. A ferramenta *MODEL C* é capaz de gerar uma taxa de referência individualizada para cesárea para cada instituição de saúde,



e comparar a taxa com grupos de instituições de saúde, bem como de calcular a probabilidade de ter uma cesárea. (SOUZA et al., 2015).

Da mesma forma, a motivação para esta pesquisa com a utilização do Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson foi analisar e estabelecer a relação das características e condições clínicas maternas, dos antecedentes obstétricos e das cesáreas.

Considerando que a indicação correta da cesárea visa manter a saúde materna e do recém-nato, na próxima sessão são apresentadas e discutidas as condições ao nascer e primeiros cuidados à criança, considerando as boas práticas do parto e nascimento.

#### 4.5 CONDIÇÕES AO NASCER E PRIMEIROS CUIDADOS AOS RECÉM-NASCIDOS POR MEIO DE CESÁREAS

##### 4.5.1 Condições ao nascer

No total de 523 recém-nascidos mediante cesárea, foram identificados 278 (53,1%) do sexo masculino e 245 (46,9%) do sexo feminino. E quanto ao peso, 492 (94%) deles nasceram com peso acima de 2.500 gramas, e 31 recém-nascidos (6%) com peso igual ou inferior a 2.500 gramas. (QUADRO 7).

No Brasil em 2012, 8,5% dos recém-nascidos nasceram com baixo peso. A região sudeste apresentou 9,2%, a sul 8,7%, e a norte 7,5%. Baixo peso e prematuridade são considerados fatores de risco para a saúde da criança e aumentam a probabilidade da mortalidade infantil, especialmente a neonatal. (BRASIL, 2014c).

QUADRO 7 - DISTRIBUIÇÃO DO SEXO E PESO ENTRE OS RECÉM-NASCIDOS DAS MULHERES SUBMETIDAS A CESÁREA, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, MAIO/2015 A JUN/2016 (n=523)

DADOS REFERENTE AOS RECÉM-NASCIDOS	
SEXO	
Masculino	Feminino
278 (53,1%)	245 (46,9%)
PESO	
Abaixo de 2500 gramas	Acima de 2500 gramas
31 (6%)	492 (94%)

FONTE: A autora (2017).

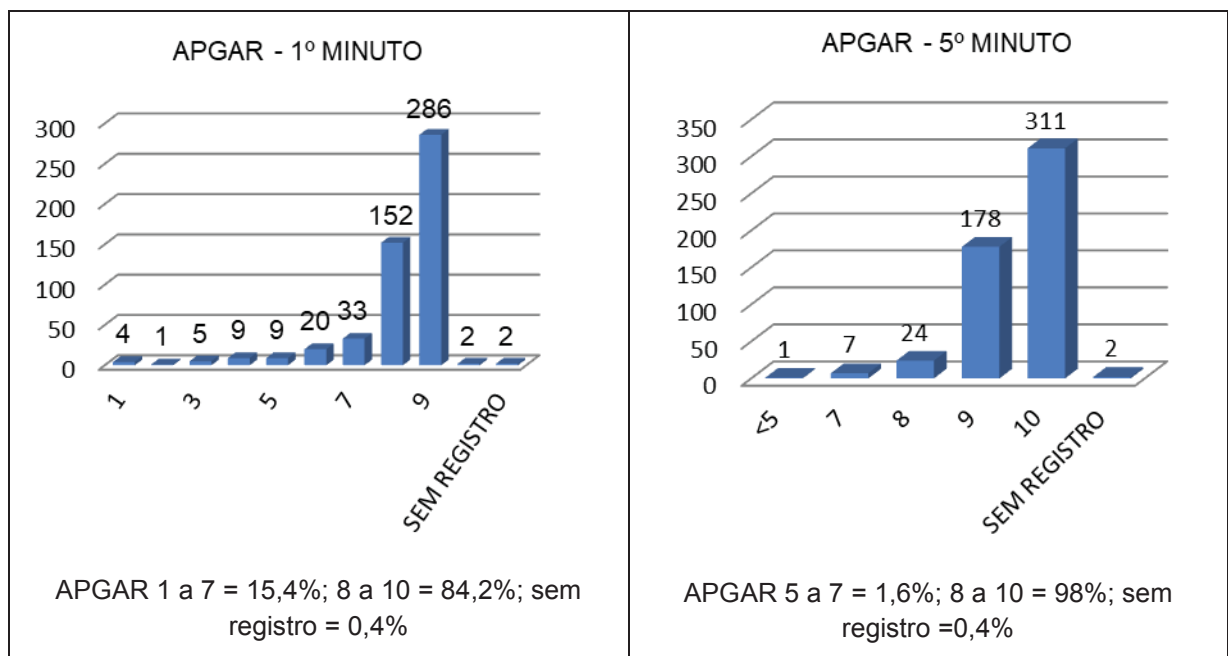
Quanto ao apgar no 1.º minuto, a pontuação entre 1 a 7 foi observada em 81 (15,4%) recém-nascidos e entre 8 a 10 foi observada em 440 (84,2%) deles, e 2 (0,4%) prontuários não foram encontrados registros.

Já no 5.º minuto, o apgar com pontuação entre 5 a 7 foi observado em 8 (1,6%) recém-nascidos. O apgar 8 a 10 foi observado em 513 (98%) recém-nascidos, e 2 (0,4%) prontuários não foram encontrados registros. (FIGURA 2).

O Escore de Apgar é o método mais utilizado na avaliação do estado da criança ao nascer, e foi introduzido em 1953 por Virgínia Apgar. (PEREIRA et al., 1996). A sua aferição permite avaliar a resposta do recém-nascido às manobras realizadas. Porém, não determina o início da reanimação nem as manobras a serem utilizadas. (BRASIL, 2011c).

De acordo com a Figura 2, pode-se afirmar que a maioria dos recém-nascidos nasceu em boas condições de saúde, tendo em vista os resultados do apgar no primeiro e no quinto minuto desta amostra.

FIGURA 2 - REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS DO APGAR NO 1.º E 5.º MINUTOS DE VIDA DOS RECÉM-NASCIDOS DE MULHERES SUBMETIDAS À CESÁREA, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, MAIO/2015 A JUN/2016 (n=523)



FONTE: A autora (2017).

#### 4.5.2 Primeiros cuidados aos recém-nascidos

Segundo o Manual de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria a avaliação da coloração da pele e das mucosas não é mais utilizada para decidir quais procedimentos devem ser executados na sala de parto, pois esta avaliação é subjetiva e não tem relação com a saturação de oxigênio ao nascer. Em recém-nascidos saudáveis, que respirem ar ambiente, para alcançar uma saturação de oxigênio acima de 90%, requer cinco minutos ou mais. A reanimação depende da avaliação simultânea da respiração e da frequência cardíaca, que é o principal determinante da decisão de iniciar as manobras de reanimação. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2013).

A minoria 113 (21,6%) dos recém-nascidos recebeu oxigênio ao nascer, enquanto 390 (74,6%) deles não receberam. E não foram encontrados registros relativos à oxigenoterapia em 21 (3,8%) prontuários. É fundamental o reconhecimento e avaliação do recém-nascido quanto ao desconforto respiratório, pois pode representar um retardo na adaptação cardiorrespiratória, como também pode ser o primeiro sinal de uma infecção grave e potencialmente letal. (BRASIL, 2011d).

A aspiração na hora do nascimento foi realizada em 409 (78%) recém-nascidos e não foram encontrados registros relativos a este procedimento em 104 (20%) deles.

O contato pele a pele entre o recém-nascido e a mãe na hora do nascimento ocorreu apenas para 11 recém-nascidos (2,1%); e para 485 (92,8%) deles não ocorreu. Em 27 (5,1%) prontuários não foram encontrados registros.

O contato pele a pele melhora o comportamento de afeto e vínculo da mãe com seu bebê, ajuda na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, melhora a efetividade da primeira mamada e melhora a estabilidade cardiorrespiratória (BRASIL, 2014d), porém a temperatura ambiente deve estar em 26°C para reduzir o risco de hipotermia. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2013).

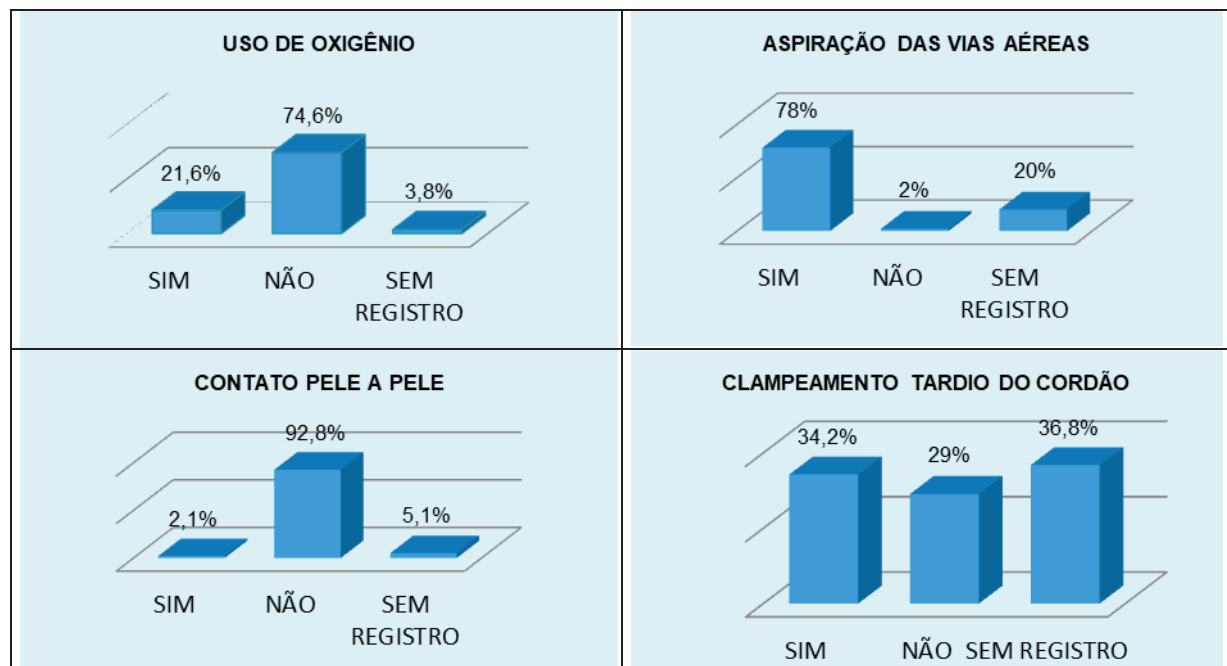
O clampeamento tardio do cordão umbilical ocorreu em 179 (34,2%) recém-nascidos, e não foram encontrados registros em 192 (36,8%) prontuários.

Para os recém-nascidos a termo, saudáveis, e que apresentem boa vitalidade ao nascer é recomendado o clampeamento tardio do cordão umbilical. (ALMEIDA; GUINSBURG, 2013). Já a Organização Mundial da Saúde recomenda o clampeamento tardio do cordão umbilical para todos os nascimentos inclusive mães soropositivas e mães cujos status sorológico para o HIV é desconhecido. (WHO, 2014).

A prática do clampeamento tardio do cordão umbilical, que permite a passagem continuada do sangue da placenta para a criança durante um a três minutos após o nascimento, tem sido limitada devido à falta de informação sobre seu benefício. Os obstáculos teóricos e preocupações com esta prática referem-se à icterícia com necessidade de fototerapia; policetetomia; sorologia positiva para o vírus de imunodeficiência adquirida e, à orientação clínica anterior pouco esclarecida sobre a realização do clampeamento tardio do cordão umbilical. Já os benefícios para a criança com esta prática relacionam-se às reservas de ferro aumentadas no momento do nascimento e menor anemia infantil; à redução da hemorragia intraventricular; menos enterocolite necrosante; menos sepse infantil e menos transfusões de sangue necessárias. (WHO, 2014).

As representações gráficas destes primeiros cuidados ao recém-nascido encontram-se na Figura 3.

FIGURA 3 - REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS DOS CUIDADOS AOS RECÉM- NASCIDOS DAS MULHERES SUBMETIDAS A CESÁREA, USO DE OXIGÊNIO, ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS, CONTATO PELE A PELE E CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, MAIO/2015 A JUN/2016 (n=523)



FONTE: A autora (2017).

## 5 CONCLUSÃO

Nesta pesquisa foram analisadas as indicações de cesáreas realizadas em uma maternidade de risco habitual de Curitiba-PR, com dados relativos ao período de junho de 2015 a maio de 2016.

Também foram levantados os indicadores da assistência obstétrica, referentes aos partos normais e cesáreas no período. Com relação às cesáreas, foram investigadas condições sociodemográficas, condições clínicas e antecedentes obstétricos das mulheres submetidas a este procedimento, foram também classificadas as indicações das cesáreas de acordo com o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson (2001). Adicionalmente foram descritas as condições de nascimento e os primeiros cuidados ao recém-nascido de acordo com as Boas práticas de parto e nascimento recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (1966).

A maternidade onde foi realizada a pesquisa propiciou um cenário que permitiu perceber importantes evidências. Representa o modelo de atenção obstétrica preconizado pela Rede Cegonha para o atendimento de gestantes de risco habitual, uma vez que adota as Boas Práticas de assistência à mulher e à criança no parto e nascimento, e apresenta bons resultados em termos de número de partos normais assistidos por enfermeiro, na sua maioria, e por médicos.

A taxa de cesárea no período foi baixa (25,5%) em relação às taxas globais de cesáreas identificadas nos estados brasileiros em estatísticas oficiais. No nível populacional, se estas taxas forem maiores que 10%, não estão associadas com a redução de mortalidade materna e neonatal. (OMS, 2015).

Considera-se que o delineamento da pesquisa foi apropriado na medida que todos os objetivos foram alcançados, e que além da caracterização do perfil das mulheres assistidas na maternidade no período estudado, e especificamente o perfil das submetidas à cesárea, foi possível classificá-las em diferentes grupos de mulheres, constituídos por condições clínicas e antecedentes obstétricos, segundo o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson. Consequentemente, pode-se determinar os grupos mais prevalentes, de maior contribuição para a taxa global de cesárea da maternidade.

O perfil das mulheres submetidas a cesáreas corresponde ao mesmo perfil das mulheres submetidas ao parto normal na mesma maternidade. Predominaram as mulheres na faixa de 20 a 39 anos, com segundo grau completo ou incompleto,

e casadas ou em união estável as quais constituíram aproximadamente 50% da amostra.

O acompanhamento pré-natal da maioria (94%) foi realizado em Unidades Básicas de Saúde tendo a maternidade como referência e 98% delas compareceram a mais de seis consultas. A proporção de primíparas (47%) e multíparas (53%) foi aproximada, e entre as últimas, 55% internaram para o segundo parto. A maioria (55%) das mulheres internaram entre 38 a 39 semanas de gestação.

Acredita-se que a prevalência dos Grupos 1, 2 e 5 entre as mulheres submetidas à cesárea na maternidade, também possa ser evidenciada em outras maternidades de risco habitual. Isto se justifica porque os resultados de muitos estudos brasileiros e internacionais discutidos nesta pesquisa apontam também a prevalência dos Grupos 1 – Nulíparas com feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas, em trabalho de parto espontâneo; Grupo 2 - Nulíparas com feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto e Grupo 5 - Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico,  $\geq 37$  semanas, embora em diferentes proporções.

Os grupos 1, 2 e 5 são reconhecidos na literatura por representarem cerca de dois terços da taxa global de cesáreas, e as indicações de cesáreas a mulheres destes grupos devem ser analisadas com cuidado, para identificar se estas poderiam ser evitadas. Destaca-se que o gerenciamento adequado da indicação de cesáreas nos grupos 1 e 2, relativos a nulíparas e primigestas, em trabalho de parto espontâneo ou induzido, poderia evitar cesáreas posteriores, e assim, diminuir a taxa relativa de cesáreas de mulheres do Grupo 5, ou seja, de multíparas com pelo menos uma cesárea anterior.

Na literatura encontra-se que o Grupo 3 é o que deveria apresentar menor taxa de cesáreas, considerando que é constituído por multíparas, sem cicatriz uterina prévia e em trabalho de parto espontâneo. Nos grupos 1 e 3, de nulíparas e multíparas em trabalho de parto espontâneo, respectivamente, esperar-se-ia que a evolução do trabalho de parto conduzisse ao parto normal. Na maternidade observou-se baixa taxa relativa de cesárea associada ao Grupo 3 (5,1%).

Os grupos de 6 a 10 correspondem àquelas mulheres cujas condições clínicas no momento do parto relacionadas à apresentação pélvica ou transversa, gemelaridade e trabalho de parto prematuro poderiam sugerir uma adequada indicação de cesárea com vistas a garantir a saúde da mulher e da criança.

Subtraindo-se da taxa geral de cesárea (25,5%) da maternidade os 3,1% relativos à somatória das taxas de cesárea relativas dos Grupos 6 a 10, obtém-se uma taxa de cesárea de 22,4%. É esta taxa referente aos grupos de 1 a 5 que deve ser o foco de investigação da gestão, quanto às justificativas para indicação de cesáreas e as eventuais possibilidades de prevenção deste procedimento cirúrgico nestes grupos.

Seria indispensável investigar junto às mulheres dos grupos 1 a 5, por exemplo, se o que as levou à cesárea foi o seu medo, ansiedade, a sua valorização em relação a questões estéticas ou culturais, ou foi a indicação médica, o pré-natal malconduzido, ou questões institucionais.

Em relação ao Grupo 5, de mulheres com história de cesárea anterior, não haveria a princípio contraindicação ao parto normal. Portanto, seria pertinente, por exemplo, investigar o histórico obstétrico anterior, bem como se a mulher vivenciou na recente gravidez, a internação precoce, ansiedade por um trabalho de parto mais demorado, pressão familiar, ou indução médica ou institucional.

O Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson, como recomendação da OMS como instrumento padrão para monitorar as indicações das cesáreas, pode sim melhorar as indicações das cesáreas com segurança, contribuir para avaliar a efetividade de estratégias ou intervenções e, melhorar a qualidade da assistência e dos dados.

Um resultado positivo em relação às cesáreas realizadas na maternidade em 2016 foram as condições de vida ao nascer, refletidas pela prevalência entre os recém-nascidos do índice apgar entre 8 e 10 minutos, no primeiro e quinto minuto. Todavia, há que se ressaltar que 28 recém-nascidos apresentaram apgar entre 1 e 5 no primeiro minuto e um recém-nascido apresentou apgar 5 no quinto minuto. Estes casos deveriam ser investigados pela gestão para elucidar as causas das más condições destas crianças no nascimento. Por exemplo, investigar fatores genéticos, maternos, gestacionais, ou decorrentes do acompanhamento inadequado do trabalho de parto e parto.

Diante do bom resultado do índice apgar na maioria dos recém-nascidos, justifica-se que 21,6% deles recebeu oxigênio, prática que só deve ser realizada para atender necessidades de acordo com as suas condições clínicas.

Por sua vez, a maioria dos recém-nascidos, independente de parto normal, foi aspirada na hora do nascimento, prática que no parto normal é desaconselhada como de rotina. Portanto, deve ser investigado o motivo pela gestão.

O contato pele a pele estimula o vínculo precoce da mãe com o filho e incentiva à amamentação, portanto deveria ser mais frequente no caso das cesáreas realizadas na maternidade, pois somente 2% das crianças nascidas por cesárea o vivenciaram. Trata-se de uma das Boas Práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (1996), que favorece a humanização da assistência à mulher e à criança.

Da mesma forma, os profissionais de saúde deveriam realizar o clampeamento tardio do cordão umbilical mesmo em cesáreas, por ser uma prática que contribui para o bom estado geral da criança.

Ressalta-se a importância do pré-natal para oportunizar à gestante, ao companheiro e familiares, as informações sobre os direitos da mulher na gestação, parto e puerpério, desenvolvimento do feto, o momento de vir à maternidade para receber assistência, o processo de parto e nascimento, além de fornecer-lhe orientações sobre aleitamento materno e cuidados com o bebê.

Reforça-se também, que no pré-natal devem ser trabalhadas questões psicológicas e culturais com as mulheres de modo a facilitar o seu vínculo com a equipe do hospital, e propiciar-lhes o sentimento de segurança em relação ao processo do parto e nascimento. Assim, infere-se que poderia ser melhorada a sua informação e aceitação para o parto normal, encorajando-a para o seu protagonismo e contribuição para a fisiologia do parto, proporcionando-lhes benefícios para a sua saúde e do bebê.

A aplicação do Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson revelou ser esta uma ferramenta gerencial de fácil aplicabilidade, que contribuiu para a coleta de dados de forma objetiva. Ademais, explicitou a necessidade de que para que esta ferramenta seja incorporada nos serviços de uma maneira dinâmica, contínua e prática é necessária a organização de meios para captação de dados com facilidade, orientação quanto a coleta de dados, mediante um formulário padronizado, definição da frequência das coletas e planejamento do monitoramento e avaliação dos resultados, com rapidez e em tempo real.

Nesta perspectiva, o sistema de prontuário eletrônico poderá colaborar para o uso do Sistema de Classificação de Dez grupos de Robson na maternidade, pois



além de manter o registro de todo histórico e das possíveis intercorrências com menor probabilidade de erro e com mais segurança, permite o processamento de dados e emissão de relatórios gerenciais apropriados.

A aplicação contínua e sistemática deste sistema deve ser planejada pela maternidade com o propósito de possibilitar a análise e controle de variância, tendo em vista os parâmetros institucionais, com investigação quanto as taxas de cesáreas relativas e a prevalência entre os grupos. A partir destes resultados, a gestão poderá verificar se a distribuição das cesáreas nos Dez Grupos de Robson se deve ao perfil das mulheres e a sua subjetividade, às práticas da assistência obstétrica ou questões institucionais que poderiam induzir ao parto cirúrgico.

E por fim, a gestão pode estabelecer protocolos apropriados para a adequada indicação do tipo de parto e, conseqüentemente, redução da taxa de cesárea, segundo as características das mulheres assistidas na maternidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recomenda-se que outras maternidades se utilizem do Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson para comparar as taxas de cesáreas em cada grupo, em diferentes períodos, na própria instituição, ou com taxas de cesáreas de outras instituições similares.

As limitações encontradas durante a pesquisa foi um restrito referencial teórico principalmente no nível nacional, com pouca utilização do sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson; a falta de padronização na coleta dos dados e o prontuário por ser de registro manual de informações.

Esta maternidade representa o que se espera encontrar em termos de prática assistencial obstétrica em uma maternidade idealizada e gerenciada consoante a estratégia da Rede Cegonha. Embora a pesquisa trate de um caso único, pode-se recomendar a generalização de seus resultados para outras maternidades que adotem o modelo de assistência obstétrica em que se priorize a fisiologia do parto normal e o protagonismo da mulher no processo de parto e nascimento, conforme o modelo brasileiro da Rede Cegonha.

Os resultados obtidos pelo presente estudo serão apresentados à gestão da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES) e maternidade, e estes poderão apoiar no planejamento estratégico e operacional e, impulsionar que novas pesquisas explorem o tema nesta maternidade, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e infantil, e assim contribuir positivamente no impacto social.

Finalizando, a mensagem que se deseja transmitir aos profissionais e estudantes da área da saúde e à comunidade, é que a assistência obstétrica segura e de qualidade não se fundamenta exclusivamente no desejo ou opção da mulher por um ou outro processo de parto e nascimento ou seja, cesárea ou parto normal, nem tampouco somente em critérios exclusivamente técnicos, por opção do profissional.

A assistência obstétrica, segura e de qualidade em uma maternidade deve refletir o modelo de assistência preconizado e a filosofia de trabalho da instituição.

No caso de maternidades de risco habitual cujo modelo assistencial segue o preconizado pela Rede Cegonha, a assistência obstétrica segura e de qualidade deve ser planejada e executada por uma equipe multiprofissional, cuja prática esteja fundamentada em evidências científicas atuais e seja centrada na mulher, nas suas

condições clínicas, antecedentes obstétricos, necessidades e expectativas. E, toda opção deve ser discutida com a mulher com as devidas explicações, visando à sua colaboração no parto e nascimento e a saúde do binômio mãe e filho. E isto é, ao meu ver, a humanização da assistência obstétrica.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. et al. Análise da taxa de cesarianas e das suas indicações utilizando a classificação em dez grupos. **Nascer e Crescer - Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto**, Portugal, v.23, n.3, p.134-139, 2014.
- ALMEIDA, M. F.B.; GUINSBURG, R. **Reanimação neonatal em sala de parto**. Coordenação Geral do Programa de Reanimação Neonatal da SBP e Membros do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) Neonatal Task Force, 2013. Documento científico do Programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria.
- ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.4, p.819-827, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/12.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2017.
- ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO, GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2014, Londrina. **Anais...** Londrina: UEL, 2014. p.1-7. Disponível em: <[http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3\\_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf](http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2017.
- AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl. 1, p.58-60, 2014.
- AZEVEDO, W. F. de et al. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein**, v.13, n.4, p.618-626, 2015.
- BETRÁN, A. P. et al. Who Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America: Classifying caesarean sections. **Reproductive Health**, v.6, n.1, p.1-8, 2009.
- BONILHA, E. A. et al. Uso do SINASC e da Classificação de Robson para monitorar e reduzir o número de cesáreas no município de São Paulo. In: CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2017, Santos, São Paulo. **Resumo...** Santos, 2017. Disponível em: <<http://mfpaper.com.br/fulltime/CD/PDF/Saude28.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2017.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 05 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º 163, de 22 de setembro de 1998. Regulamenta o exercício da enfermagem no parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). **Indicadores de mortalidade:** taxa de mortalidade infantil - ficha de qualificação. 2000. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm>>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001a. Aprova a implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-no-95-de-26-de-janeiro-de-2001/>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Humanização do parto:** humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://www.abenfosp.com.br/mt/humanizacao\\_parto.pdf](http://www.abenfosp.com.br/mt/humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 8 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Lei n.º 11.634, de 27 de dezembro de 2007a. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<https://www.conteudojuridico.com.br/vade-mecum-brasileiro,lei-n-11634-de-27122007-dispoe-sobre-o-direito-da-gestante-ao-conhecimento-e-a-vinculacao-a-maternidade-onde-,21136.html>>. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007c. Disponível em: <[http://faa.edu.br/portal/PDF/livros\\_eletronicos/odonto/saude\\_coletiva/4\\_4\\_politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/odonto/saude_coletiva/4_4_politica_nacional_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 08 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010a. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Censo populacional da cidade de Curitiba**. Brasília, DF: Datasus. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010b. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=410690>>. Acesso em: 1.º jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011b. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)> Acesso em: 07 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011c. Aprova a Política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 07 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). **Indicadores de mortalidade**: taxa de mortalidade infantil. 2012a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2012/c01b.htm>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal**: segurança e qualidade. Brasília. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013**: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência**: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014d.

BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: IPEA, 2014e.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação geral de informação e análise epidemiológica. **Painel de monitoramento da mortalidade materna. SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <[svs.aims.gov.br/dashbord/mortalidade/materna.show.mtw](http://svs.aims.gov.br/dashbord/mortalidade/materna.show.mtw)>. Acesso em: 22 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). **Indicadores de mortalidade**: razão de mortalidade materna. 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/C03b.htm>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**. Brasília, DF: Conitec, 2016c. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz de atenção à gestante**: operação cesariana. Brasília, DF: Conitec, 2016d. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes\\_Cesariana\\_N179.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf)>. Acesso em: 1.º abr. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Mapa assistencial da saúde suplementar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/mapa-assistencial>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

CHONG, C.; SU, L. L.; BISWAS, A. Changing trends of cesarean section births by the Robson Ten Group Classification in a tertiary teaching hospital. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v.91, n.12, p.1422-1427, 2012.



CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n.º 516, de 24 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de parto normal casas de partos e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de enfermeiro obstetra e obstetriz no âmbito do sistema COFEN/COREN, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)>. Acesso em: 12 set. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n.º 2144, de 17 de março de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=325141>>. Acesso em: 15 set. 2017.

COPELLI, F. H. S. et al. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n.2, p.336-343, 2015.

CORDEIRO, T. M. S. C.; BONFIM, A. S. Fatores de riscos e implicações da gravidez na adolescência: uma busca nas evidências científicas. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES: DIREITO, RELAÇÕES ETNORACIAIS, EDUCAÇÃO, TRABALHO, REPRODUÇÃO, DIVERSIDADE SEXUAL, COMUNICAÇÃO E CULTURA, 2., Salvador, 2011. **Anais...** Salvador: EDUNEB, 2011.

COSTA, M. L. et al. Using a Caesarean Section Classification System based on characteristics of the population as a way of monitoring obstetric practice. **Reproductive Health**, v.7, n.1, p.1-8, 2010.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Mãe Curitibana. **Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitibana>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CURITIBA. Lei Municipal n.º 14.598, de 16 de janeiro de 2015. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Curitiba. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2015/1459/14598/lei-ordinaria-n-14598-2015->>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de gestão 2017**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/relatorios-de-gestao.html>>. Acesso em: 09 ago. 2017.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.75, supl 1, p.5-23, 2001.

DICIONÁRIO HOUAISS. 2008. Disponível em: <<https://houaiss.uol.com.br/>>. Acesso em: 20 ago. 2017.



DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.627-637, 2005.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl. 1, p.140-153, 2014.

DINIZ, C. S. G. et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados no inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.25, n.3, p.561-572, 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.3, p.425-437, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Caderno de Saúde Pública**, v.30, supl. 1, 2014.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v.7, n.2, p.150-173, 1991.

FERRAZ, L. M. **Contribuição à análise das taxas de cesarianas utilizando a Classificação de Robson, a partir do estudo de mulheres com cesariana prévia, em um hospital universitário**. 89p. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade Materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.2, p.527-538, 2012.

FERREIRA, E. C. **Utilização do Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson para partos na investigação da morbidade maternal grave**. 106p. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) - Programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, 2014.

FERREIRA, E. C. et al. Robson ten Group Classification system applied to women with severe maternal morbidity. **Birth**, v.42, n.1, p.38-47, 2014a.

FERREIRA, E. C. et al. The use of the Robson Ten Group Classification System to appraise deliveries at a tertiary referral hospital and its association with severe maternal morbidity. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v.129, n.3, p.236-239, 2014b.

GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, supl. 1, p.117-127, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, A. R. M. et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v.4, n.11, p.23-27, 2014.

HADDAD, S. E. M.; CECECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.33, n.5, p.252-262, maio 2011.

HERRMANN, A. et al. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **História**. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/historia>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) - 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/)>. Acesso em: 15 dez. 2016.

KELLY, S. et al. Examinando as taxas de cesáreas no Canadá usando o sistema de classificação de Robson. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Canadá, v.35, n.3, p.2016-2214, 2013.

LEAL, G. C. G. **Avaliação da atenção perinatal na perspectiva dos direitos das mulheres em maternidades de risco habitual**. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.30, supl. 1, p.5-7, 2014.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl 1, p.17-47, 2014.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, Brasília, v.21, n.3, p.509-517, 2013.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.2, p.329-337, 2012.

MARCONI, M. A.; LAKAKOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MOREIRA, L. M. C. et al. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.22, n. supl 07, p.48-55, 2012.

MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.623-638. 2011.

NAKARO, A. R; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no sudeste do país. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.885-904, 2015.

\_\_\_\_\_. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia* de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.3, n.1, p.155-172, 2016.

NETO MENEZEZ, M. L. N.; BEZERRA, J. F. O.; BEZERRA, J. F. O. Perfil epidemiológico dos óbitos maternos em hospital de referência para gestação de referência para gestação de alto risco. **Northeast Network Nursing Journal**, v.16, n.5, p.714-721, 2015.

NETTO, A. et al. Mortalidade Infantil: avaliação do Programa Mãe Paranaense em Regional de Saúde do Paraná. **Cogitare Enfermagem**, v.22, n.1, p.1-8, 2017.

NOGUEIRA, J. R. D. F.; FERREIRA, M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. **Referência - Revista de Enfermagem**, Coimbra, n.8, série III, p.57-66, 2012.

OLIVEIRA, F. A. M. **Avaliação da atenção perinatal em maternidades de risco habitual em município do sul do Brasil**. 164f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando nosso mundo: agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/suelmarosa/transformando-nosso-mundo-agenda-2030>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **The sustainable development goals**. United Nations, Nova York, 2016. Relatório 2016. Disponível em: <[https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2016/07/The\\_Sustainable\\_Development\\_Goals\\_Report\\_2016.pdf](https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2016/07/The_Sustainable_Development_Goals_Report_2016.pdf)>. Acesso em: 04 set.2017.

ORGANIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS). **Negociações da agenda de desenvolvimento pós-2015: elementos orientadores da posição brasileira**, 2014a. Disponível em: <[http://www.itamaraty.gov.br/images/ed\\_desenvsust/ODS-pos-bras.pdf](http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/ODS-pos-bras.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS). **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (Ipea), 2014b.

ORGANIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS). **Transformando nosso mundo**: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2017

ORGANIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS). **Monitoramento de indicadores**. Relatórios Dinâmicos, 2016. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br>>. Acesso em: 16 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social de Portugal. **Maternidade segura e o mundo do trabalho**. Lisboa: OIT, 2008. Disponível em: <[http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/maternidade\\_segura.pdf](http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/maternidade_segura.pdf)>. Acesso em: 1.º abr. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Maternidade segura. Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: <[http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/manuais/assistencia\\_ao\\_parto\\_normal\\_2009.pdf](http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Transformando nosso mundo**: agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Genebra, 2013. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/suelmarosa/transformando-nosso-mundo-agenda-2030>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: Programa de Reprodução Humana, 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (PAHO/OMS). **Reducción mortalidade materna em 11 países de la Región**. Washington: OMS, 2014a. Disponível em: <[http://www.paho.org/CLAP/index.php?option=com\\_content&view=article&id=220:reduccion-mortalidad-materna-en-11-paises-de-la-region&Itemid=215&limitstart=1&lang=es](http://www.paho.org/CLAP/index.php?option=com_content&view=article&id=220:reduccion-mortalidad-materna-en-11-paises-de-la-region&Itemid=215&limitstart=1&lang=es)>. Acesso em: 12 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Quase metade de todas as mortes no mundo tem agora uma causa registrada, mostrou dados da OMS**. Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5419:quase-metade-de-todas-as-mortes-no-mundo-tem-agora-uma-causa-registrada-mostram-dados-da-oms&Itemid=843](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5419:quase-metade-de-todas-as-mortes-no-mundo-tem-agora-uma-causa-registrada-mostram-dados-da-oms&Itemid=843)>. Acesso em: 04 set. 2017.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Comitês de prevenção da mortalidade materna Paraná. **História dos comitês**. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP\\_Arquivos/comite\\_mort\\_mat\\_infant/6historiadocomites\\_Maternos.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/6historiadocomites_Maternos.pdf)>. Acesso em: 13 out. 2017.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Linha guia: Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: Secretaria da Saúde, 2012. Disponível em: <[www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha\\_guia\\_versao\\_final.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2015.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Linha guia: Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: Secretaria da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense\\_2014\\_LinhaGuia\\_Ed03\\_148x210mm\\_\\_1.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2017.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.1, p.185-194, 2011.

PEDRAZA, D. F. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande, Paraíba. **Caderno de Saúde Coletiva**, v.24, n.4, p.460-467, 2016.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v.23, n.45, jul. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-01882003000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882003000100010)>. Acesso em: 13 out. 2017.

PEREIRA, D. N. et al. Avaliação do pH de sangue de cordão umbilical e sua relação com o escore de Apgar em recém-nascidos a termo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.72, n.3, p.139-142, 1996.

PREDOMINI, F. R. I.; BONILHA, A. L. L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.20, n.3, p.245-252, 2011.

RABELO, M. **Reorganização da gestão e do modelo de assistência obstétrica em uma maternidade de risco habitual**. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

RABELO, M. et al. Estratégias da gestão para implantação do modelo da rede cegonha em uma maternidade pública de Curitiba. **Revista Cogitare Enfermagem**, v.22, n.2, p.e48252, 2017.

RATTNER, D.; MOURA, E. C. Nascimento no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sócio demográficas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.16, n.1, p.39-47, 2016.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.1139-1159, 2011.

REIS, T. R. et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v.38, n.1, p.1-8, 2017.

REIS, Z. S. N. et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.36, n.2, p.65-71, 2014.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

RIBEIRO, P. S. O papel da mulher na sociedade. **Brasil Escola**, 2013. Disponível em: <<http://brasilecola.uol.com.br/sociologia/o-papel-mulher-na-sociedade.htm>>. Acesso em: 13 out. 2017.

ROBSON, M.; HARTIGAN, L.; MURPHY, M. Methods of achieving and maintaining appropriate caesarean section rate. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v.27, n.2, p.297-308, 2013.

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Revista Saúde Pública**, v.48, n.6, p.977-984, 2014.

RUSSO, A. C. Dar à luz não é um momento de provação nem de afirmação – e muito menos de ativismo. **Draft**, 26 ago. 2015. Disponível em: <<http://projetodraft.com/dar-a-luz-nao-e-um-momento-de-provacao-nem-de-afirmacao-e-muito-menos-de-ativismo/>>. Acesso em: 13 out. 2017.

SABATINO, H. **Atenção ao nascimento humanizado baseado em evidências: paradigmas do nascimento**. Manaus: Grafisa, 2014. v.3.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, v.1, n.1, p.1-15, 2009.

SILVA, L. A. et al. O cuidado no pré-natal: um valor em questão. **Cogitare Enfermagem**, v.22, n.2, p.495-498, 2017.

SOALHEIRO, L. C. **Fatores associados à preferência por cesariana em uma amostra representativa de primíparas na Região Sul do Brasil**. 85f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

SOARES, V. M. N. et al. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, n.12, p.536-543, 2012.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesarianas baseadas em evidências: parte II. **Femina**, Recife, PE, v.38, n.9, p. 459-468, set. 2010.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos do desenvolvimento sustentável (2016-2013). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.37, n.12, p.549-551, 2015.

SOUZA, J. P.; BETRAN, A. P.; DUMONT, A. et al. A Global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v.123, n.3, p.427-436, 2015.



SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.3, p.479-486, 2011.

TORRES, J. A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n. supl, p.220-231, 2014.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.24, n.5, p.293-299, 2002.

VEGA, C. E. P.; SOARES, V. M. N.; NARS, A. M. L. F. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.33, n.3, p.e00197315, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00197315.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

VELHO, M. B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.2, p.458-466, 2012.

VERÍSSIMO, C. A. et al. Implementação do 10-group Classification System: compreender o parto por cesariana. **Acta Obstetrica Ginecologica Portuguesa**, Portugal, v.7, n.1, p.3-7, 2013.

VOGEL, J. P. et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. **The Lancet Global Health**, v.3, n.5, p.260-270, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Care in Normal Birth**: a practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24, 1996. Disponível em: <[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_frh\\_msm\\_9624/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/)>. Acesso em: 20 nov. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adolescent pregnancy**. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

## APÊNDICES



**APÊNDICE 1**  
**CONDIÇÕES CLÍNICAS E ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DAS MULHERES**  
**SUBMETIDAS À CESÁREA NO PERÍODO DE 1.º DE JUNHO DE 2015 A 31**  
**DE MAIO DE 2016**



**APÊNDICE 2**  
**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DAS**  
**MULHERES SUBMETIDAS A CESÁREAS NO PERÍODO DE 1.º DE JUNHO**  
**DE 2015 A 31 DE MAIO DE 2016**

MATERNIDADE RISCO HABITUAL			
DADOS DAS CISTANTES SUBMETIDAS A CESA/EA			
INDICAÇÃO DA CESA/EA	NÃO JUSTIFICADA		
	JUSTIFICADA		
TERMO DE CONSENTIMENTO CESA/EA	NÃO ENCONTRADO		
	SEM ASSINATURA		
	Não		
	Sim		
SITUAÇÃO CONJUGAL	NÃO INFORMADO		
	SEPARADA		
	UNIÃO ESTÁVEL		
	CASADA		
	SOLTEIRA		
ESCOLARIDADE	NÃO INFORMADO		
	ESPECIALIZAÇÃO		
	SUPERIOR INCOMPLETO		
	SUPERIOR COMPLETO		
	II GRAU INCOMPLETO		
	II GRAU COMPLETO		
	I GRAU INCOMPLETO		
	I GRAU COMPLETO		
TRABALHO DE PARTO	NÃO INFORMADO		
	ESPONTÂNEO		
	INDUZIDO		
VINCULAÇÃO MATERNA DE	não		
	sim		
NOME DA UBS QUE REALIZOU PRÉ-NATAL			
DATA DE INTERNAÇÃO			
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL	ACIMA DE 6 CONSULTAS	
		ATÉ 6 CONSULTAS	
	IDADE GESTACIONAL	ACIMA DE 39 SEMANAS	
		37 a 39 SEMANAS	
		ABAIXO DE 37 SEMANAS	
	NÚMERO DE GESTAÇÕES	ACIMA DE 2	
		2	
		1	
	IDADE	ACIMA DE 35 ANOS	
18 A 35 ANOS E ACIMA DE 35			
MEIOR QUE 18 ANOS			
acima de 40 anos			
20 a 40 anos			
Menor que 20 anos			
DATA DE NASCIMENTO			
IDENTIFICAÇÃO DO PRONTUÁRIO	NÚMERO DO PRONTUÁRIO		
	CÓDIGO IDENTIFICADOR	M1	
		M2	
		M3	
		M4	
		M5	
		M6	
		M7	
		M8	
		M9	
		M10	
		-	
		-	
		-	
		-	

### **APÊNDICE 3**

**DADOS SOBRE AS CONDIÇÕES AO NASCER E OS PRIMEIROS CUIDADOS  
REALIZADOS AOS RECÉM-NASCIDOS DAS MULHERES SUBMETIDAS À  
CESÁREAS NO PERÍODO DE 1.º DE JUNHO DE 2015 A 31 DE MAIO DE 2016**



**APÊNDICE 4**  
**DADOS SOBRE A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DA MATERNIDADE DE RISCO**  
**HABITUAL NO PERÍODO DE 1.º DE JUNHO DE 2015 A 31 DE MAIO DE 2016**





## ANEXOS

## ANEXO 1

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Indicação de cesárea para gestantes de Risco Habitual em uma Maternidade Pública

**Pesquisador:** LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58045516.5.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.670.831

##### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa proveniente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sob responsabilidade da profa. dra. Lilian Daisy Gonçalves Wolff e colaboração de Tereza Kindra. Trata-se de pesquisa de natureza retrospectiva, documental, com abordagem quantitativa, que será realizada numa maternidade de risco habitual, pública,

Centro Médico Comunitário Bairro Novo, do município de Curitiba-PR.

Os dados coletados.

Os registros e dados dos prontuários compreendem o período de 1 de junho de 2015 a 31 de maio de 2016.

##### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Geral:**

Classificar as indicações de cesáreas em uma maternidade pública de risco habitual, na cidade de Curitiba-PR.

**Objetivos Específicos:**

- Levantar o número e as características dos partos normais e cesáreas do período de 1 de junho

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.670.831

de 2015 à 31 de maio de 2016;

- Realizar levantamento de dados demográficos, sociais, educacionais e antecedentes obstétricos das mulheres submetidas a cesárea;
- Diferenciar as condições clínicas entre mulheres submetidas a cesárea utilizando um sistema de classificação;
- Propor estratégias para classificação e monitoramento de cesáreas em uma maternidade pública de risco habitual, na cidade de Curitiba-PR;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com a autora, não estão previstos riscos no desenvolvimento do projeto de pesquisa. Os participantes cujos dados serão obtidos no prontuário e em registros gerenciais e assistenciais não serão identificados no estudo. Serão utilizados códigos para dados relativos a mulheres (M) e recém-nascidos (N), seguidos de números cardinais segundo a ordem de análise dos dados. Os dados serão coletados mediante autorização da instituição. Não será divulgado o nome da instituição em publicações sem prévia autorização do gestor da maternidade Centro Médico Comunitário Bairro Novo e de sua mantenedora (FEAES).

Sobre os benefícios, a pesquisadora informa que os mesmos estão direcionados à sociedade. Serão descritos o perfil das mulheres que receberam assistência obstétrica na maternidade no período de 1 de junho de 2015 a 31 de maio de 2016; número de partos realizados por enfermeiro e médicos obstetras, e demais indicadores da assistência obstétrica; indicadores que expressam as indicações de cesáreas na instituição em relação aos 10-grupos da classificação de Robson. Além disso, a pesquisadora informa que proporá estratégias para classificação e monitoramento de cesáreas na maternidade Centro Médico Comunitário Bairro Novo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora refere que, para o primeiro momento de coleta de dados, serão analisados os registros relativos a todas as 2050 de mulheres cujo parto ou cesárea ocorreu na maternidade no período de 1 de junho de 2015 a 31 de maio de 2016. Para o segundo momento, a coleta de dados envolverá os 526 prontuários de mulheres submetidas a cesáreas (entre as 2050 mulheres) e 526 prontuários de seus recém-nascidos vivos ou situações de óbito fetal. No total, serão avaliados 2576 prontuários considerando os maternos e de recém-nascidos. Além disso, registros gerenciais e de assistências da maternidade serão incluídos como dados.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo  
Bairro: Alto da Glória  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.570.831

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O termo de solicitação de dispensa do TCLE não refere a impossibilidade de contato com as participantes embora esta condição, muito provavelmente, está caracterizada em razão da natureza da instituição onde se dará a coleta dos dados.

**Recomendações:**

No item "Medidas de Proteção ou Minimização de Qualquer Risco Eventual" a pesquisadora informa, equivocadamente, que não há riscos e que, portanto, tal informação não se aplica. Observar que, ainda que o risco seja mínimo, os instrumentos de coleta estão organizados de forma adequada contendo códigos para evitar a identificação. Portanto, esta é uma forma de minimizar riscos que não foi reconhecida pela pesquisadora.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está descrito de forma clara e a metodologia menciona objetivamente como a pesquisa será desenvolvida.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	checklistLILIAN2pdf.pdf	26/07/2016 09:03:53	IDA CRISTINA GUBERT	Aceito
Outros	checklistLILIAN1projeto.pdf	26/07/2016 09:03:35	IDA CRISTINA GUBERT	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_748928.pdf	19/07/2016 14:57:35		Aceito
Outros	declaracaoservico.pdf	19/07/2016 14:56:55	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	ataaprovacao.pdf	19/07/2016 10:05:35	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.670.831

Outros	analisedemerito.pdf	19/07/2016 09:55:30	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	oficioextratoataaprovação.pdf	14/07/2016 13:58:23	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoComiteDeetica.docx	11/07/2016 16:54:38	LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatcle.pdf	11/07/2016 15:23:56	LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF	Aceito
Outros	compdadosarquivo.pdf	11/07/2016 15:22:29	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	termoiniciopesquisa.pdf	11/07/2016 15:19:40	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinstituicao.pdf	11/07/2016 15:15:01	LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF	Aceito
Outros	declusoespecmaterial.pdf	28/06/2016 19:49:14	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	decltomarpublicoresultados.pdf	28/06/2016 19:48:49	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	termoconfidencialidade1.pdf	28/06/2016 19:48:20	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	declcienciadopesquisador.pdf	28/06/2016 19:47:36	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Outros	encaminhamentodopesquisador.pdf	28/06/2016 19:45:43	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/06/2016 19:44:05	LILLIAN DAISY GONÇALVES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 10 de Agosto de 2016

Assinado por:  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

## ANEXO 2

### DECLARAÇÃO



*Prefeitura Municipal de Curitiba  
Secretaria Municipal da Saúde  
Centro de Educação em Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa*

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Lillian Daisy Gonçalves Wolff, protocolou sob o número 116/2016 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: “Indicação de cesárea para gestantes de risco habitual em uma Maternidade Pública”. (CAAE: 58045516.5.0000.0102).

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança dos participantes nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 16 de Novembro de 2016.

**Samuel Jorge Moysés**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba